EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE Dʳ E. QUÉNU

Né à Marquise (Pas-de-Calais), le 21 juillet 1852.

PARIS

G. STEINHEIL, EDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1904

EXPOSÉ DES

TITRES & DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE M. LE Dr E. QUÉNU

I. — TITRES SCIENTIFIQUES ET FONCTIONS

Externe des hôpitaux (1872).
Interne des hôpitaux (1875).
Chef du laboratoire d'histologie normale et pathologique des hôpitaux (1879 et 1880).
Prosecteur des hôpitaux (1880-1883).
Docteur en médecine (1881).
Chirurgien du Bureau central des hôpitaux (1883).
Agrégé de la Faculté (1er de la section d'anatomie) (1886).
Chirurgien de l'hôpital de Bicêtre (1889).
Chirurgien de l'hôpital Cochin (1890).
Directeur des travaux scientifiques de l'amphitéâtre des hôpitaux depuis 1890.
Chargé de cours de clinique annexe par la Faculté depuis 1895.
Chirurgien de la fondation Pereire depuis 1886.

II. — ENSEIGNEMENT

Enseignement de l'histologie normale et pathologique à l'amphithéâtre des hôpitaux pendant deux ans.

Enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire comme prosecteur pendant trois ans.

Direction de l'Enseignement et des travaux scientifiques à l'amphithéâtre des hôpitaux depuis 1890.

Grâce à l'appui du doyen de la Faculté, M. Brouardel, et de M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, j'ai pu réorganiser l'enseignement anatomique et opératoire de l'amphithéâtre des hôpitaux. J'ai obtenu, moyennant certaines garanties données à la Faculté, l'équivalence du stage, la création d'aides d'anatomie, le droit pour ces aides de concourir au prosectorat de l'école. Mes anciens prosecteurs s'appellent : Sebileau, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, agrégé de la Faculté; Demoulin, chirurgien des hôpitaux; Faure, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté; Arrou, chirurgien des hôpitaux; Launay, chirurgien des hôpitaux; Robineau, chirurgien des hôpitaux; Herbet, Dujarrier.

J'ai demandé et obtenu la transformation du laboratoire d'histologie en laboratoire de bactériologie; ce laboratoire a eu successivement pour chefs M. le Dr Lesage, médecin des hôpitaux, et M. le Dr Macaigne, médecin des hôpitaux.

Avec le concours de M. le prof. Budin, j'ai organisé à l'usage des sages-femmes une série de conférences où sont montrées les préparations anatomiques nécessaires à l'intelligence de l'obstétrique.

J'ai accepté enfin et organisé l'enseignement de l'anatomie aux élèves dentistes qui veulent obtenir de la Faculté le diplôme de chirurgien-dentiste.

Je puis mettre au compte de l'Enseignement les conférences préparatoires au prosectorat que j'ai dirigées pendant 2 ans (1884-1886) avec mon regretté ami Gérard Marchant.

Enfin, depuis 1890, la situation de l'hôpital Cochin m'a permis d'enseigner d'une façon incessante la chirurgie et la clinique. Ma nomination de chargé de cours de clinique annexe n'a fait que régulariser un enseignement que je donne, en réalité, depuis 1890.

III. — SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la *Société anatomique* (ancien Vice-Président).

Membre titulaire de la *Société de chirurgie* depuis 1886.

Membre de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie.*

Membre de la *Société de chirurgie de Bucarest.*

IV. — PRIX

Prix Bourceret (*Académie de médecine*) : Quénu et Lejars.

Prix Laborie (*Académie de médecine*) : Quénu et Hartmann.

V. — COLLABORATIONS

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
Traité de chirurgie (Duplay et Reclus).
Revue de chirurgie.

En 1897, MM. Ollier, Terrier et Berger ont bien voulu m'admettre à partager avec eux la direction de la *Revue de chirurgie*.

VI. — PUBLICATIONS ET TRAVAUX

Nous les diviserons en 4 groupes :

1° Travaux sur l'anatomie normale ;
2° Travaux sur l'anatomie et la physiologie pathologiques ;
3° Travaux sur la pathologie externe ;
4° Travaux sur la thérapeutique chirurgicale.

I

TRAVAUX SUR L'ANATOMIE NORMALE

Note sur l'existence d'un plexus nerveux dans la paroi du canal thoracique du chien,

par Quénu et J. Darier.

Comptes rendus des séances de la Société de biologie, 30 juillet 1887.

Les nerfs des vaisseaux lymphatiques avaient été soupçonnés par les physiologistes : P. Bert, en effet, et Lafont cherchèrent à démontrer expérimentalement l'action vaso-constrictive des nerfs mésentériques et l'action vaso-dilatatrice des nerfs splanchniques sur les chylifères.

Nous avons les premiers démontré l'existence de nerfs dans les vaisseaux lymphatiques et décrit un plexus nerveux dans l'adventice, plexus composé de fibrilles un peu variqueuses anastomosées entre elles.

Antérieurement à notre travail, les seuls nerfs du système lymphatique connus étaient ceux du cœur lymphatique de la vipère (Ranvier, *Anatomie générale*, 1880) et ceux des cœurs lymphatiques à fibres striées de divers amphibies et reptiles (Weliki, Communication à la *Société de zoologie de Saint-Pétersbourg*, 9 avril 1889).

L'existence des nerfs des vaisseaux lymphatiques a été, depuis notre travail, confirmée par Dogiel (1889), Smirnow (1890) et Kytmanoff, *Anatomie anzeig.*, 6 juin 1901.

Etude anatomique sur les vaisseaux sanguins des nerfs (avec 15 figures), par Quénu et Lejars.

Archives de neurologie, janvier 1892, et dans *Études sur le système circulatoire*. G. Steinheil, Paris, 1894.

Nous avons dans ce mémoire, les premiers je pense, présenté une étude d'anatomie générale sur les artères et les veines des nerfs.

Artères des nerfs. On peut poser une double loi : 1° chaque tronc nerveux tire ses artères d'une origine constante ; 2° elles ne lui viennent jamais d'un seul tronc artériel, mais toujours de sources multiples. Cette disposition assure l'irrigation artérielle des troncs nerveux par la multiplicité des sources, et prépare les suppléances vasculaires et la circulation collatérale. Si on étudie le mode d'incidence des *vasa nervorum* et leur division intratronculaire, on découvre une grande analogie avec ce que nous montre la circulation artérielle des centres nerveux. Quand un tronc nerveux reçoit ses artérioles d'une grosse artère, les vaisseaux ne l'abordent jamais normalement à sa surface, ils pénètrent toujours dans son épaisseur, sous une incidence plus ou moins oblique, après avoir dessiné des anses ou fourni un trajet récurrent. En outre, une artère, avant de pénétrer dans un tronc nerveux, subit toujours plusieurs divisions successives, de telle sorte que, en résumé, toutes les conditions qui dans les centres empêchent l'afflux direct et brusque du sang artériel se retrouvent pour les nerfs.

Veines des nerfs. Voici le résumé de leurs caractères généraux :

1° Les veines superficielles se jettent toutes dans les veines profondes ; quand elles communiquent avec les veines profondes ce n'est que par une anastomose de petit calibre et l'aboutissant profond n'en existe pas moins ;

2° Les veines des nerfs satellites d'un paquet artério-veineux se rendent soit à la grosse veine voisine, soit au réseau des *vasa vasorum* qui entourent l'artère, soit aux collatérales musculaires, près de leur embouchure, mais elles ne se rendent jamais toutes à la grosse veine et la plupart gagnent les veines musculaires ;

3° Les veines des plexus se rendent aux canaux collatéraux qui ont une origine musculaire ;

4° Le mode d'émergence, de division intratronculaire des veines des nerfs, est le même que celui des artères. Les relations étroites des veines des nerfs avec les veines des muscles nous permettent d'admettre que la circulation veineuse des nerfs reçoit une aide de la contraction musculaire, chaque veine musculaire jouant pour ainsi dire le rôle d'un appareil de chasse vis-à-vis du sang veineux du nerf (voy. fig. 31).

Artères du rectum.

Bulletins de la Société anatomique, 1893, p. 703.

Nous avons insisté sur l'étendue des anastomoses de l'hémorroïdale supérieure avec la moyenne. Sur 17 sujets, cette anastomose n'a manqué qu'une fois; outre ces anastomoses extrarectales, les hémorroïdales moyennes en présentent avec les hémorroïdales supérieure et inférieure dans la couche sous-muqueuse, à la partie inférieure du rectum. L'indépendance admise pour la circulation artérielle du rectum n'existe que d'une façon exceptionnelle, c'est ainsi qu'une injection de suif poussée dans la mésaraïque inférieure passe facilement dans la fémorale et se retrouve jusque dans l'aorte.

Étude sur les veines du rectum et de l'anus chez l'homme.

Bulletins de la Société anatomique, juillet 1892, et *Études sur le système circulatoire* (loc. cit.).

Nous avons spécialement étudié l'origine du système veineux rectal. On sait que d'après Duret, dont l'opinion était devenue classique, les veines hémorroïdales supérieures tireraient leur origine de petits lacs sanguins ou ampoules ayant à l'état normal le volume d'un grain de blé ou d'un petit pois. Ces ampoules veineuses existeraient chez les plus jeunes enfants.

Nous avons démontré que ces fameuses ampoules n'appartiennent pas à l'anatomie normale, qu'elles n'existent pas chez les plus jeunes enfants, et en particulier chez les nouveau-nés, qu'elles manquent chez le lapin, le chien et le cheval. Nous concluons de ces recherches que les ampoules sont des débuts d'hémorroïdes. Sur nos conseils, G. Houzel a repris l'étude des veines rectales à leur origine chez les enfants. (*Les*

hémorroïdes chez l'enfant, th. P. 1903.) Sur 40 rectums d'enfants, pas une seule fois il n'a vu d'ampoules dans l'intérieur des valvules.

Nous avons également démontré, que les veines hémorroïdales inférieures se continuent directement sans avoir à traverser les fibres du sphincter externe avec les origines des veines hémorroïdales supérieures.

Ces veines hémorroïdales inférieures sous-sphinctériennes ne sont pas les seules, d'autres plus importantes se détachent de la face externe du sphincter, s'enfoncent obliquement à travers la graisse du creux ischio-rectal pour se jeter dans la veine honteuse interne (fausses hémorroïdales moyennes de Duret).

Les vraies hémorroïdales moyennes sont toutes situées au-dessus du releveur de l'anus.

Veines du rectum et de l'anus chez la femme.

In *Études sur le système circulatoire* (loc. cit.).

Vaisseaux lymphatiques de l'anus.

Bulletins de la Société anatomique, Paris, 1893, p. 399.

La disposition des lymphatiques anorectaux est à peu près calquée sur celle des veines ; il existe des lymphatiques supérieurs, moyens, et inférieurs.

Contrairement aux descriptions classiques, nous avons montré qu'il existe des vaisseaux lymphatiques hémorroïdaux moyens, depuis retrouvés par Gerota et d'autres anatomistes, allant aboutir aux ganglions préhypogastriques.

Les vaisseaux lymphatiques de l'anus n'aboutissant pas à un groupe fixe de ganglions inguinaux, il en résulte qu'il est impossible, d'après le siège et la direction d'un ganglion malade, d'en inférer que son altération répond ou non à une lésion de l'anus.

Note sur l'anatomie du cholédoque (avec 8 figures).

Revue de chirurgie, 1895, p. 568.

Nous avons cherché, en particulier, à vérifier la direction exacte du cholédoque et surtout les rapports du conduit. Nous avons proposé de

diviser le cholédoque en trois portions : une première, située au-dessus de la première portion du duodénum ou *sus-duodénale;* une deuxième partie, située derrière ou *rétro-duodénale;* une troisième portion, située au-dessous ou *sous-duodénale.* Nous exposons les rapports de chaque portion et spécialement les rapports du cholédoque avec les artères, les veines et les ganglions lymphatiques, en nous plaçant toujours au point de vue chirurgical, c'est-à-dire de la possibilité et de la facilité qu'on peut éprouver à aborder le canal.

Anatomie de l'urèthre.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

A signaler, comme parties originales dans cet article, la constitution du canal prostatique, d'après des études faites chez le chat et chez le chien, la structure de l'urèthre membraneux; la structure de la muqueuse uréthrale et des glandes de l'urèthre. Nous démontrons qu'aussi bien dans les parties prostatique et membraneuse que dans la partie spongieuse, toute la partie profonde de la muqueuse uréthrale est composée de tissu érectile; une gaine érectile enveloppe donc l'urèthre dans toute son étendue, et le corps spongieux n'est qu'une exagération de la structure érectile de la muqueuse.

Développement du cœur.

Thèse d'agrégation, 1883.

Développement des arcs branchiaux chez l'homme.

Thèse d'agrégation, 1886.

II

TRAVAUX SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Étude expérimentale sur la dilatation de l'anus.

Gazette médicale de Paris, 26 janvier 1895.

Nous avons, sur des chiens anesthésiés par le chloroforme, pratiqué la dilatation de l'anus de la même façon que chez l'homme. Quelques chiens ont été sacrifiés immédiatement, d'autres soumis à l'observation pendant quelques jours.

A l'œil nu, les fibres musculaires du sphincter paraissent intactes. Avant toute dissection, nous avons tenu à nous assurer de l'état de la contractilité musculaire. *La contractilité musculaire* est bien conservée; il suffit d'exciter directement la surface du muscle sphinctérien avec la pointe d'un scalpel pour le voir se contracter énergiquement.

L'excitabilité du nerf sphinctérien moyen demeure intacte. Si, en effet, on serre le filet nerveux entre les mors d'une pince, ou si on excite simplement la tranche de section du bout périphérique, on voit le muscle se contracter avec énergie. Sur des coupes microscopiques, d'autre part, nous n'avons relevé aucune altération appréciable, nulle part on n'observe de cassures soit dans la continuité d'un faisceau primitif, soit à son insertion sur le raphé.

De cette absence de lésions musculaires, de cette conservation des

propriétés physiologiques du muscle et du nerf qui l'anime, nous sommes autorisé à conclure que les phénomènes observés à la suite de la dilatation chez *le chien* sont indépendants de toute lésion locale. Or, ces phénomènes consistent essentiellement en une sorte de paralysie des sphincters, paralysie d'où résulte la béance de l'anus et l'éversion de la muqueuse. Cette paralysie est d'ailleurs rarement complète, il s'agit plutôt d'une diminution de tonicité; la durée en est variable, la béance de l'anus, qui correspond à l'atonie complète, ne dure guère qu'un quart d'heure; au bout de ce temps, la muqueuse herniée rentre et l'orifice anal reprend son aspect ordinaire. Puisque aucune lésion anatomique appréciable du muscle, aucune altération physiologique de l'appareil neuro-musculaire ne peuvent être invoquées pour expliquer la diminution momentanée de la tonicité sphinctérienne, nous sommes bien obligé de rapporter cette dernière à une cause centrale, et de dire: quand on pratique la dilatation forcée de l'anus, on agit non localement sur l'anus, mais à distance sur la moelle épinière, on paralyse le centre anospinal par l'intermédiaire des nerfs sensitifs, en un mot, on provoque, grâce à une excitation violente de ces nerfs, un phénomène d'inhibition.

La dilatation agit pour amener le relâchement des sphincters, de la même manière, mais d'une façon plus durable, que les fortes émotions psychiques, que les anesthésiques, etc.

Quand il existe une fissure, les conditions sont un peu différentes; nous les discutons après analyse des autres hypothèses pathogéniques, et nous concluons que chez l'homme atteint de fissure, *la dilatation forcée de l'anus agit principalement en produisant l'atonie réflexe des sphincters.*

Étude de la locomotion humaine dans les cas pathologiques,

par Quénu et Demeny.

Bulletins de l'Académie des sciences, mai 1888.

Nous avons, sous l'inspiration de notre maître, le professeur Marey, appliqué à l'étude de la marche anormale les méthodes de la photochronographie et de la dynamographie.

Étude sur la pathogénie des ulcères variqueux.

Revue de médecine et de chirurgie, 1882.

Nous avons la même année que Rienzi signalé la fréquence des lésions artérielles dans les membres atteints d'ulcères variqueux, mais c'est principalement sur les lésions des troncs nerveux que nous avons insisté. Antérieurement à notre Mémoire, Terrier, observant des troubles de la sensibilité (Thèse de Sejournet, p. 1877), admettait les lésions nerveuses comme probables. Reclus avait mentionné, au cours d'une simple observation (*Progrès médical*, 1897), des altérations du nerf tibial comprimé par des ossifications anormales, mais leur refusait toute influence pathogénique. Nous avons décrit des lésions de névrite interstitielle sur des nerfs distants des ulcères tels que le sciatique à la cuisse et à la fesse, et nous avons conclu que les ulcères de jambe sont d'origine trophique. L'origine de cette névrite doit être vraisemblablement recherchée dans l'altération variqueuse des veines des nerfs. Les veines du sciatique forment parfois en effet à la surface du nerf, principalement au niveau de l'échancrure, de véritables saillies ampullaires.

Présentation de pièces de varices des nerfs.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1888, p. 119.

Pathogénie des ulcères de jambe.

Rapport sur une observation de M. Cerné intitulée : *Cure radicale des varices contre les ulcères de jambe.*

Bulletins de la Société de chirurgie, 1891, p. 698.

L'ulcère de jambe résulte de l'infection chronique d'une plaie siégeant dans un membre à circulation défectueuse; pour que le vice de cette circulation puisse entretenir des ulcères, il faut non seulement des varices mais encore un trouble de l'innervation; ce trouble consiste vraisemblablement dans une paralysie vaso-motrice; il reconnaît pour cause le plus ordinairement une névrite sciatique engendrée par les varices elles-mêmes, mais il peut résulter de toute autre cause locale, voire même d'une affection nerveuse générale telle que l'hystérie.

Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire.

Thèse de doctorat, Paris, 1881.

En 1881, la nature épithéliale de la plupart des kystes de l'ovaire n'était pas une notion courante, ma thèse a eu pour but de rassembler les documents épars, français et étrangers, et de vulgariser spécialement les travaux de W. Fox, de Waldeyer, de Malassez et de Sinéty.

De l'artérite chronique dans le cancer,

en collaboration avec A. Mayor. *Revue de chirurgie*, 1881.

Nous avons montré, Mayor et moi, que les artères, dans les épithéliomes, sont sujettes à certaines altérations qui paraissent débuter par l'endartère, gagnent ensuite les autres tuniques et s'accompagnent parfois d'une véritable hypergenèse de tissu élastique. Cette variété d'artérite aboutit tantôt à une simple diminution de calibre, tantôt à une oblitération par thrombose; elle ne peut être étrangère aux dégénérescences, graisseuses ou autres, qu'on observe dans les épithéliomes et dans le carcinome proprement dit.

De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire.

Revue de chirurgie, 1886.

Tumeurs végétantes des deux ovaires. De l'ascite dans les tumeurs abdominales.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1885. Rapport de M. Terrier, p. 720.

De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire.

Revue de chirurgie, 1887.

Dans cette série de publications, nous nous sommes efforcés de montrer le rôle important des végétations épithéliales de l'ovaire dans la production de l'ascite; il s'agit tantôt d'épithéliomes végétants sans kystes, tantôt de kystes recouverts à leur surface externe de végétations. La rupture incessante de petites poches kystiques peut également devenir une cause d'ascite.

De la suture des nerfs et du rétablissement immédiat de la fonction.

Nous avons constamment combattu la théorie de la restauration autogénique, la réunion par première intention d'un cylindre-axe avec un autre cylindre-axe. Nous avons pour cela institué des expériences dans lesquelles, après avoir sectionné sur des chiens, puis réuni par suture les nerfs sciatiques, nous avons examiné le nerf suturé de quatre à douze jours après l'opération. Or, quelque parfaite que fût macroscopiquement la réunion obtenue, toujours les extrémités divisées des tubes nerveux étaient séparées par une zone conjonctive (*Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, t. II, p. 63, fig. 18, article *Plaies des nerfs* de Lejars).

Nous avons rejeté l'hypothèse de la conduction par contact des deux bouts d'un nerf fraîchement sectionné (théorie de Le Fort).

Nous avons appliqué aux faits chirurgicaux la théorie de la dynamogénie et de l'inhibition de Brown-Séquard, et montré qu'elle s'appliquait en particulier très bien aux observations présentées par M. Polaillon à la Société de chirurgie.

Discussion sur la suture des nerfs.

Bulletins de la Société de chirurgie, 8 juin 1887.

Sur la suture nerveuse.

Discussion à propos d'une observation de M. Reynier.

Bulletins de la Société de chirurgie, 24 avril et 1er mai 1901.

Des modifications de la température en cas d'hémorragies internes intraséreuses.

Bulletins de la Société de chirurgie, 4 décembre 1895.

Rôle des follicules clos dans la production des ulcérations de l'appendice.

Bulletins de la Société de chirurgie, 8 juin 1892.

Cette note très courte signale pour la première fois en France l'importance du système lymphatique dans la pathogénie des lésions de l'appendicite.

Recherches sur la cicatrisation épithéliale dans les plaies de l'intestin,

par Quénu et Branca.

Archives de médecine expérimentale, juillet 1902, avec 3 planches.

Nous avons pensé qu'il y avait quelque intérêt à voir ce que pouvaient faire pour la cicatrisation, des épithéliums qui, comme ceux de l'intestin, vivent normalement en milieu septique.

D'une façon générale, le mécanisme de la cicatrisation réside essentiellement dans un phénomène de glissement.

Pour les plaies anales, nous avons constaté que la karyokinèse est un phénomène précoce de cicatrisation, que les divisions cellulaires se produisent non seulement dans l'assise basilaire, mais encore dans la majorité des assises malpighiennes sus-jacentes; aussi faut-il rejeter le terme de couche génératrice comme synonyme d'assise profonde de l'épiderme.

Les phénomènes de prolifération exubérante des cellules épithéliales sont compensés jusqu'à un certain point par des phénomènes dégénératifs.

Pour les plaies rectales, on observe que les épithéliums cicatrisés sont toujours disposés sur une seule assise. Ils se continuent indifféremment soit avec les cellules de revêtement, soit avec les éléments qui tapissent les cavités glandulaires; les uns comme les autres prennent part au travail de cicatrisation.

Les épithéliums en voie de régénération sont souvent aplatis, ils constituent une sorte de nappe protoplasmique où les noyaux sont disposés à la file les uns des autres, sans qu'on puisse distinguer autour de chacun d'eux la trace d'une limitation cellulaire.

Plus tard, vers le huitième ou neuvième jour, chez le cobaye, l'épithélium croît en hauteur, le corps cellulaire se termine par un feston non encore muni de plateau. On observe parfois de véritables bourgeons épithéliaux faisant saillie dans la cavité intestinale.

En dernier lieu, sur des pièces provenant d'anus contre nature, à l'occlusion desquels nous procédions, nous avons étudié comment se fait le raccord de deux épithéliums cicatriciels. Au niveau de la zone de raccord, le derme cutané se prolonge en quelque sorte dans le chorion

de la muqueuse et dans la tunique musculaire; il n'en va plus de même au niveau des épithéliums, là plus de transition : les épithéliums gardent leurs caractères typiques, ils s'accolent sans s'unir; au niveau d'une cicatrice, on n'observe donc de continuité qu'entre tissus de même nature.

Étude sur les hémorroïdes. Anatomie pathologique.

Revue de chirurgie, mars 1893.

Cette étude est basée sur l'observation de nombreuses pièces anatomiques, dont les veines ont été injectées, et sur 8 séries de préparations microscopiques portant sur des hémorroïdes enlevées par le bistouri.

Les hémorroïdes sont constituées par les varices des veines de la couche sous-muqueuse, mais ce n'est là qu'une définition fort incomplète. L'hémorroïde ne comprend pas seulement dans ses replis une ou deux veines plus ou moins renflées en ampoule; la plus simple est toujours composée d'une infinité de veinules, elle est avant tout une lésion ramusculaire. L'altération n'est pas localisée à la sous-muqueuse, elle nous paraît envahir au moins simultanément la muqueuse et la couche sous-jacente : l'hémorroïde est une dégénérescence spéciale des tuniques muqueuses et sous-muqueuses du conduit ano-rectal, dégénérescence souvent étendue à la tunique musculaire elle-même. Cette dégénérescence s'étend aux vrais capillaires qu'elle modifie dans leur calibre et leur structure.

Les *capillaires vrais* sont dilatés et bosselés, mais, de plus, leur paroi porte les traces d'un véritable processus irritatif aboutissant à l'épaississement hyalin du vaisseau, puis ultérieurement à la formation d'une gaine fibreuse surajoutée à l'endothélium.

Pour les moindres veinules comme pour les veines à trois tuniques, il s'agit encore d'un processus irritatif, d'une phlébite végétante ayant pour point de départ l'endoveine. Cette endophlébite aboutit, comme l'endocapillarite, à la transformation fibreuse des vaisseaux et à leur fusion avec le tissu conjonctif ambiant lui-même transformé.

A ces lésions inflammatoires s'ajoutent les résultats d'actions mécaniques aboutissant à la dilatation et la déformation des vaisseaux. La conséquence ultime de tout le processus est la tendance des parois rectales à se transformer en tissu caverneux.

Au point de vue de la pathogénie des hémorroïdes, nous avons soutenu en 1892 (*Bulletin de la Société anatomique*) la pathogénie infectieuse des hémorroïdes.

Nous avons tenté de démontrer que pour créer des hémorroïdes il faut autre chose que la constipation ou la contracture du sphincter. *Pour nous la lésion des parois veineuses est le phénomène primitif obligé.* Les veines se laissent dilater parce qu'elles sont malades. Qui les rend malades? L'action directe des produits toxiques importés ou fabriqués dans l'organisme (influence des boissons alcooliques, goutte, rhumatisme) ou l'infection locale et directe par les micro-organismes de l'intestin. Peut-être la pathogénie est-elle complexe; ce qui nous paraît indiscutable c'est l'entrée en scène première de la phlébite.

Étude sur les hémorroïdes. Anatomie et physiologie pathologiques des complications.

Revue de chirurgie, juin 1893.

Dans ce mémoire sont étudiées : la fluxion hémorroïdaire, la thrombose, la phlébite, l'étranglement, l'ulcération. La fluxion hémorroïdaire n'est, la plupart du temps, qu'une vaso-dilatation réflexe engendrée par une petite thrombose localisée ; l'observation d'un malade opéré en pleine crise hémorroïdaire nous a permis de découvrir à la face externe du bourrelet de petits caillots qui furent confiés à M. le D[r] Lesage (22 janvier 1893), et dont la culture démontra la présence du *bacterium coli* et du *staphylococcus albus* (*Soc. anat.*, février 1893). L'infection des veines rectales peut affecter des allures diverses, se faire à froid ou aboutir à la suppuration et à l'ulcération.

L'ulcération de l'hémorroïde guérit, ou bien, dans quelques cas, aboutit à l'ulcère variqueux du rectum qui comporte plusieurs types étudiés par nous dans un autre mémoire.

Dans quelques-uns de ces ulcères, nous avons observé les lésions de la périnévrite et une fois de la névrite interstitielle intrafasciculaire avec dilatation des *vasa vasorum*.

Il est probable qu'un certain nombre de névralgies de l'anus, dites essentielles, ne sont autre chose que des névrites survivant à la fissure.

Étude anatomo-pathologique du carcinome rectal.

Mémoire avec figures.

Revue de chirurgie, juillet 1897.

Quelques autopsies et surtout de très nombreuses pièces enlevées au cours d'opérations nous ont permis de faire un examen anatomique minutieux du cancer rectal. Nous avons tenté de présenter un classement méthodique du cancer rectal, suivant le siège, qui puisse servir en même temps à établir soit des indications thérapeutiques, soit le choix du procédé opératoire. C'est ainsi que nous avons considéré quatre types :

1° Un type bas placé, cancer anal ;
2° Un type moyen ou ampullaire ;
3° Un type haut placé, recto-sigmoïde ;
4° Un type d'envahissement total.

Nous avons étudié les caractères macroscopiques et les connexions du cancer rectal d'après 21 observations personnelles.

Histologie pathologique des cancers du rectum,

par Quénu et Landel.

Revue de chirurgie, novembre 1897 et janvier 1898.

Mémoire avec 32 figures.

Ce mémoire est basé sur l'examen histologique de 30 pièces de tumeurs malignes du rectum.

Nous avons rencontré 22 fois l'épithéliome cylindrique, 5 fois l'épithéliome pavimenteux et 3 fois l'épithéliome à cellules muqueuses.

Épithéliome cylindrique. — Nous subdivisons l'épithéliome cylindrique en épithéliome cylindrique typique et épithéliome atypique ou carcinome. Dans l'épithéliome typique ou glandulaire nous insistons sur l'altération de l'élément cellulaire, altération telle qu'il est facile de différencier l'épithéliome glandulaire d'un adénome du rectum ou de toute autre production pathologique de cette région. Un caractère frappant, c'est la tendance à la disparition des cellules mucipares. De plus la cellule,

tout en conservant son aspect cylindrique, présente des dimensions plus considérables qu'à l'état normal.

Le protoplasme des cellules cancéreuses est très coloré (méthode d'Altmann), finement granuleux et beaucoup plus dense ; ses réactions ne rappellent en rien celles du mucus. Beaucoup de cellules ont perdu leur plateau. Les modifications du noyau sont plus importantes encore, elles consistent dans l'hypertrophie du noyau et dans l'augmentation de la substance chromatique (hyperchromasie).

Cette analyse est suivie de l'étude de l'évolution des lésions, de l'ulcération cancéreuse, de l'état de la muqueuse au voisinage des ganglions lymphatiques, etc.

La *forme atypique* du cancer rectal est plus rare, nous n'en possédons que 3 observations.

Épithéliomes pavimenteux. — Les épithéliomes pavimenteux du rectum ne nous ont jamais présenté la forme glandulaire. On les a divisés jusqu'ici en lobulés (à globes épidermiques) et en tubulés. Nous avons conservé cette division bien que sujette à critiques. Il était intéressant de rechercher comment se comporte la muqueuse rectale au contact du cancer pavimenteux d'origine ectodermique : jamais, contrairement à Cripps, nous n'avons observé l'évolution cancéreuse de l'épithélium cylindrique au contact de l'épithéliome pavimenteux. L'épithéliome pavimenteux peut envahir le rectum à une très grande hauteur. On ne peut donc inférer du siège élevé à son origine cylindrique.

Nous avons observé un cas d'épithéliome pavimenteux tubulé.

Épithéliomes à cellules muqueuses. — Dans certains cas, les cellules de l'épithéliome rectal se transforment toutes en cellules mucipares. Cette évolution des cellules donne à la tumeur un caractère tout particulier. On observe alors des alvéoles remplies de grosses cellules sphériques, beaucoup plus volumineuses que les cellules caliciformes de la muqueuse normale. Ces cellules ne présentent aucune orientation. Si on traite la préparation par la safranine et par un colorant énergique de la mucine, on remarque que la plupart de ces éléments sont formés d'une masse réticulée ayant les réactions du mucus. Ils possèdent un ou plusieurs noyaux aplatis en forme de croissants isolés à la périphérie de la cellule et se colorant en bloc par la safranine.

Dans la plupart des cas, l'épithéliome à cellules muqueuses semble dériver de l'épithéliome cylindrique. Il prend naissance non dans les

cellules calieiformes de la muqueuse, mais dans les cellules à plateau. Toutefois, dans une observation, nous avons vu d'une façon évidente ces cellules muqueuses se former à la fois aux dépens de l'épithélium cylindrique et aux dépens des assises profondes de l'épiderme.

Étude d'un cancer du rectum à cellules muqueuses,

par Quénu et Landel.

Annales de micrographie, avril 1897.
3 planches en couleur et 1 planche en noir.

Nous avons avec beaucoup de détails analysé cette pièce unique, montré que *les formations de mucus commencent souvent dans le noyau;* qu'au niveau de l'épiderme, certaines cellules de Malpighi ayant encore gardé leurs prolongements présentent déjà une transformation évidente de leur noyau qui peut subir en totalité ou en partie l'évolution muqueuse.

Nos conclusions ont été les suivantes :

1° Deux épithéliums différents de forme et d'origine peuvent produire simultanément des éléments semblables constituant une tumeur unique ;

2° La présence de mucus dans les éléments cancéreux n'est pas l'indice d'une dégénérescence, mais d'une fonction de ces éléments ne diminuant en rien leur vitalité;

2° Dans les eellules cancéreuses issues d'un épithélium pavimenteux, la formation de mucus est due, non à une altération et à une sécrétion du protoplasme, mais à une transformation des éléments chromatiques du noyau en une substance ayant les caractères du mucus.

L'apparition du mucus dans le noyau de la cellule nous paraît être un fait de physiologie générale intéressant, qui se place à côté des observations de Lukjanow relativement à la formation du mucus dans la cellule caliciforme de l'intestin de la salamandre. Lukjanow a remarqué en effet, que le contenu du calice n'est autre chose que la substance nucléaire modifiée d'une façon spéciale. La participation du noyau à un phénomène de sécrétion nous paraît en résumé avoir une grande portée. Quant au développement simultané d'une forme cancéreuse aux dépens même de deux épithéliums différents, il est indiscutable dans notre cas et l'hypothèse la plus rationnelle est qu'une cause commune, un *pri-*

mum moven inconnu a simultanément déterminé une transformation éphithéliale identique dans une région comprenant deux épithéliums différents.

Histologie de l'adénome pédiculé du rectum,

par Quénu et Landel.

Revue de gynécologie, n° 3, juin 1891.

3 planches en noir et 1 planche en couleur.

Cette étude a été faite à l'aide de 11 pièces d'adénomes pédiculés du rectum. De la longue analyse histologique de ces pièces, il résulte que les polypes adénomateux du rectum ne peuvent être séparés des productions malignes comme le prétendent la plupart des auteurs, ni par la régularité ni par l'absence de segmentations ou d'involutions normales des tubes glandulaires, ni par la présence de membrane propre, ni même par l'absence de végétations épithéliales. Ils s'en distinguent essentiellement par les caractères de leur épithélium glandulaire que nous opposons à ceux des épithéliomes cylindriques du rectum dans le tableau suivant :

Adénomes.	**Épithéliomes cylindriques.**
Augmentation du nombre des cellules mucipares.	Disparition des cellules mucipares.
Végétations dans lesquelles la proportion de l'élément protoplasmique par rapport à l'élément nucléaire est la même que s'il s'agissait d'un ensemble de cellules épithéliales ordinaires; de plus, les noyaux sont souvent atrophiés mais jamais augmentés de volume.	Végétations dans lesquelles l'élément nucléaire est en proportion considérable par rapport à l'élément protoplasmique; de plus, les noyaux sont toujours plus volumineux que dans les cellules de l'épithélium normal.
Protoplasme peu dense paraissant réticulé, peu ou point colorable.	Protoplasme toujours très fortement colorable par les réactifs et en particulier par le Flemming.
Noyau très peu ou pas augmenté de volume, souvent atrophié, se fragmentant rarement et généralement unique dans chaque cellule.	Noyau augmenté de volume, exceptionnellement atrophié, se fragmentant très souvent en plusieurs parties. Noyaux souvent multiples dans chaque cellule.
Augmentation peu marquée de la chromatine dans le noyau; affinité pour les matières colorantes non augmentée; grains chromatiques très petits et nombreux.	Augmentation notable de la chromatine dans le noyau; affinité pour les matières colorantes augmentées; grains chromatiques nombreux et réseau souvent apparent.
Figures karyokinétiques normales.	Figures karyokinétiques souvent anormales avec chromatolyse.

Communications à la Société anatomique de Paris.

1876. Fistule cysto-duodénale, p. 386.
— Kyste de l'ovaire rompu dans le péritoine pendant le travail. Présentation de l'épaule ; rétraction de l'utérus. Embryotomie, p. 695.
1877. Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Abcès péri-œsophagien, p. 234.
— Éclampsie puerpérale. Hémorrhagies viscérales (en collaboration avec Chenet), p. 336.
— Évolution spontanée chez une primipare à terme, p. 338.
— Otite externe. Carie de l'apophyse mastoïde. Trépanation et extirpation d'un sequestre. Carie du rocher. Méningite tuberculeuse, p. 414.
— Double luxation ancienne de l'épaule, p. 417.
1878. Hémorrhagie du centre ovale, p. 231.
— Mal de Pott. Paraplégie sans déformation de la colonne vertébrale. Pachyméningite externe. Tubercule de la dure-mère. Méningite ascendante aiguë, p. 292.
— Symphyse cardiaque. Foie cardiaque, p. 312.
— Tubercule du cerveau, de la protubérance, du bulbe. Paralysie du nerf moteur oculaire externe, p. 314.
— Mal de Pott. Scrofule des vieillards, p. 332.
— Cancer du rein, p. 436.
1879. Fractures multiples. Embolies graisseuses, p. 137.
1882. Luxation sous-astragalienne en avant et en dehors, p. 382.

III

TRAVAUX SUR LA PATHOLOGIE EXTERNE

Chirurgie du rectum,

par Quénu et Hartmann.

1er volume, 137 figures.

Anatomie. Exploration. Rectites. Blénorrhagie. Syphilis. Tuberculose. Abcès. Fistules. Rétrécissements. Hémorroïdes. Ulcérations.

G. Steinheil, éditeur, Paris, 1895.

2e volume, 28 planches, 74 figures.

Tumeurs du rectum.

G. Steinheil, éditeur, Paris, 1899.

Des tumeurs (avec 53 figures).

Traité de chirurgie, Duplay et Reclus. 1er volume.

Angiome, Lymphangiome (avec 28 figures).

Traité de chirurgie, Duplay et Reclus.

L'article *Angiome* renferme des parties originales qui ont trait à l'évolution des tumeurs érectiles.

En comparant l'anatomie pathologique des tumeurs cirsoïdes et de l'anévrysme artério-veineux, nous concluons que c'est le fait de la communication artério-veineuse plus ou moins facile qui domine l'histoire de la circulation des angiomes.

Maladies des veines.

Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, volume II.

Cet article comprend : *les lésions traumatiques des veines* et leurs complications, y compris l'introduction de l'air dans les veines ; — *La phlébite et la thrombose :* dans la symptomatologie de la *phlegmatia alba dolens*, nous attribuons une grande partie des phénomènes douloureux à une névrite sciatique ou crurale due à une inflammation des veines du tronc nerveux. C'est à cette interprétation que paraît s'être rallié M. Vaquez ; — *Les varices*, avec figures originales et une étude spéciale des lésions nerveuses.

Des arthropathies dans les affections nerveuses et arthrites sèches,

avec figures originales.

Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, volume III.

Ce chapitre comprend l'étude des arthropathies dans les affections des nerfs périphériques, de la moelle épinière, et du cerveau, et des arthropathies dans l'hystérie.

Pour l'arthrite sèche, nous l'envisageons non comme une maladie spéciale, mais comme un mode de terminaison spécial de toute espèce d'arthrite chronique ; c'est donc un aboutissant possible de la plupart des arthropathies. Sa physionomie résulterait moins de la nature de l'arthrite primitive que de l'état de la nutrition générale du sujet et de la nutrition locale du membre atteint.

Corps étrangers articulaires.

Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, volume III.

Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère.

Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, volume VI.

Des sténoses cicatricielles du pylore consécutives à l'ingestion de liquides caustiques,

par Quénu et Petit.

Revue de chirurgie, janvier 1902.

La sténose pyloriquc d'origine cicatricielle consécutivement à une brûlure de l'estomac est de notion courante, mais on admet quc cette sténose est à développement rapide et que les symptômes révélateurs se montrent à une date très rapprochée de celle de l'ingestion du liquide caustique.

C'est là, en effet, le cas habituel. Mais on avait noté aussi la possibilité de sténoses pyloriques tardives, témoin les indiscutables observations d'Ortmann et de Dujardin-Beaumetz. Nous présentons une observation personnelle trés minutieusement détaillée qui vient confirmer la possibilité des rétrécissement tardifs. Chez notre malade l'alimentation n'a été réellement compromise que 4 ans après l'ingestion du liquide caustique. Discutant le traitement par la dilatation du pylore, par la résection du rétrécissement et par la pyloroplastie, nous adoptons comme traitement de choix la gastro-entérostomie; c'est clle que nous avons pratiquée chez notre malade et avec succès, puisque à la sortic de l'hôpital, moins de 2 mois et demi après l'intervention, le poids avait augmenté de 14 livres.

Ce mémoire est accompagné de 2 tableaux, l'un relatant 59 faits d'autopsies pour brûlures d'estomac, l'autre 35 cas opérés par diverses méthodes.

Des rétrécissements fibreux de l'intestin grêle,

par Quénu et Judet,

avec 10 figures.

Revue de chirurgie, juin 1902.

Nous avons observé et opéré deux malades atteints de rétrécissements fibreux de l'intestin grêle où manquaient tout indice, toute trace de tuberculose même guérie; nous avons comparé nos analyses histologiques avee celles des observations publiées, sans pouvoir aboutir à une véritable identification; nous nous demandons : s'il existe un rétrécissement de l'intestin grêlc faisant suite à un ulcère simple, comme

il existe au niveau du pylore une sténose à la suite de l'ulcère cicatrisé de la muqueuse stomacale? c'est une hypothèse. Une autre plus vraisemblable, c'est d'admettre une variété nouvelle, non décrite, de rétrécissements dus à la tuberculose, *fibreux et anodulaires.* Par conséquent certaines entérites tuberculeuses seraient susceptibles de guérir sans laisser de traces et sans que les cicatrices elles-mêmes accusent la nature du processus initial.

Nous avons donné le tableau clinique des rétrécissements de l'intestin grêle, il diffère non suivant la nature, mais suivant le siège du rétrécissement.

Les rétrécissements de l'intestin grêle ne comportent qu'un seul traitement, la résection du segment coarcté; après une préparation spéciale, le malade est opéré sur le plan incliné. Le premier temps comporte l'exploration, la recherche de l'anse coarctée, qui doit être faite suivant certaines règles. Le deuxième temps consiste en la résection. Le troisième est un temps de réparation : nous préconisons l'anastomose termino-latérale, c'est-à-dire l'anastomose du bout inférieur avec le bout supérieur dilaté et perpendiculairement à lui.

Ulcérations variqueuses du rectum et de l'anus.

Revue de chirurgie, décembre 1892 et mars 1893.

Nous avons donné une description complète d'une forme d'ulcère du rectum encore mal connue, l'ulcère variqueux, et montré l'importance que peuvent prendre les hémorrhagies; nous rapportons l'observation d'un vieillard qui succomba en une nuit avec tous les signes d'une grande hémorrhagie interne. L'autopsie démontra que la source unique du sang venait de deux ulcérations arrondies du rectum.

L'ulcère du gros intestin,

par Quénu et Pierre Duval.

Revue de chirurgie, novembre 1903, avec 3 figures.

L'idée directrice de ce travail est qu'il existe dans le gros intestin un ulcère simple analogue à l'ulcère simple de l'estomac, à la maladie de Cruveilhier. Cette existence est établie par Cruveilhier lui-même, le

but de ce mémoire est d'envisager le côté clinique de manière à pouvoir présenter un essai de traitement.

Après une revue anatomo-pathologique à laquelle nous ajoutons la description d'un ulcère du rectum (avec examen histologique) nous passons aux symptômes et au diagnostic. La symptomatologie est faite d'après tous les cas connus et publiés. Le diagnostic ne peut naturellement comporter aucune certitude, mais certaines probabilités.

Nous insistons sur la douleur fixe que l'on retrouve même au milieu d'irradiations douloureuses.

Un second point peut servir à distinguer l'ulcère des colites de toute nature, ulcéreuses ou muco-membraneuses, c'est l'état des selles. Dans toutes les colites, il y a rejet de pus, de fausses membranes, de glaires sanguinolentes. Dans l'ulcère, ces signes manquent, en raison vraisemblablement du peu d'étendue de la perte de substance et par conséquent de la surface de sécrétion ou de saignement.

Les colites ont des symptômes diffus, l'ulcère colique des symptômes localisés. Une fois les colites écartées, le diagnostic doit envisager la bride péricolique, l'épithéliome au début et l'ulcère simple.

Au point de vue pratique, l'important est moins de diagnostiquer la nature de la lésion que l'existence même d'une lésion localisée.

Lorsque les signes fonctionnels et physiques locaux ont décidé l'intervention, la laparatomie exploratrice a pour mission la recherche du point où doit porter l'action chirurgicale : ce point est indiqué par les modifications anatomiques de l'intestin et en particulier de la séreuse.

En présence de certains troubles intestinaux chroniques, seule la laparatomie exploratrice peut donner des chances de guérison en décelant soit une bride, soit un néoplasme au début, soit une lésion des parois intestinales témoignant d'un processus ulcéreux sous-jacent.

Ce mémoire se termine par la relation de 27 cas publiés et de 3 cas inédits communiqués par le professeur Tédenat.

Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales. Importance prédominante des petites brides péricoliques.

Bulletins de la Société de chirurgie, 18 juin 1902.

Nous avons repris l'étude anatomique du gros intestin et spécialement des angles coliques. Cette étude anatomique nous fait conclure :

que chez l'enfant, l'adulte et le vieillard, il n'existe aucun obstacle spécial au cours des matières à l'angle gauche du côlon.

Nous avons alors entrepris des expériences sur plus de 20 sujets : elles démontrent encore que l'angle splénique ne semble jouer aucun rôle spécial et prédominant dans l'arrêt des matières. Après une critique des expériences de M. Adenot, qui s'est fait le principal avocat de la thèse lyonnaise (*Occlusion par coudure de l'angle splénique*), nous démontrons que sur le cadavre on trouve assez souvent des petites brides dirigées perpendiculairement à l'axe du gros intestin, et constituées par des franges épiploïques reliées au grand épiploon : ce sont des brides très petites, de véritables ficelles sillonnant la face du transverse, ces petites cordelettes peuvent-elles jouer un rôle pathologique important?

J'apporte une observation clinique avec constatation opératoire et guérison qui le prouve.

J'insiste du reste sur ce fait, c'est qu'on ne saurait trop mettre en lumière tant dans les phénomènes aigus d'occlusion que dans les désordres chroniques de la fonction intestinale, la part qui rcvient à l'état de la musculature et du grêle et du côlon. Les coudures ne peuvent jouer un rôle important qu'avec un intestin paralysé.

Les accidents chroniques me paraissent attribuables non à l'obstacle problématique de l'angle colique gauche, mais à la gène apportée à la circulation intra-intestinale du gros intestin par une péritonite ancienne, ayant modifié d'une part la musculature intestinale, et amené d'autre part la formation d'agglutinement d'anses, ou de larges brides, ou enfin de petites brides minuscules, de ficelles péricoliques, rarement capables d'étrangler l'intestin, mais suffisantes pour entraver ses fonctions et entraîner des rétentions temporaires de gaz et de matières.

La conclusion thérapeutique, c'est que, lorsqu'au cours d'une laparatomie pour accidents aigus d'occlusion, on a reconnu que l'obstacle siège sur la fin du côlon transverse, il faut s'assurer qu'une cordelette péricolique n'étrangle pas l'intestin et libérer la fin du transverse jusqu'à l'angle splénique.

Lorsqu'il s'agit d'accidents chroniques de stase stercorale, lorsque plus ou moins longtemps après une affection abdominale génératrice d'adhérences : salpingite, appendicite, etc., on observe des douleurs sous forme de crises, de la constipation opiniâtre, des accidents de résorption stercorale : érythème, diarrhée, etc., on est autorisé à faire une lapara-

tomie exploratrice, alors ou bien on peut libérer l'intestin et reséquer les brides, ou bien leur siège au niveau d'un angle splénique profond, oblige à recourir à l'opération que nous a fait connaître M. Terrier et qui consiste à établir un chemin de traverse entre le côlon transverse et la fin du côlon descendant (Anastomose colo-colique).

Les polyadénomes du gros intestin (avec 6 figures),

par Quénu et Landel.

Revue de chirurgie, avril 1899,

L'étude des polyadénomes a été brièvement faite dans quelques thèses allemandes et plus complètement au point de vue anatomo-pathologique par Hauser. Dans notre pays aucune monographie n'a paru sur ce sujet. Nous avons établi ce travail d'après 40 observations étrangères et 2 observations personnelles. La coexistence fréquente des polyadénomes et du cancer est un fait particulièrement digne d'attention. Sur les 42 observations réunies, nous constatons 20 fois la présence d'un ou plusieurs cancers accompagnant la polypose : presque toujours il s'agissait d'épithéliomes cylindriques. Presque toujours le cancer est survenu un assez grand nombre d'années après l'apparition de la polypose. L'origine adénomateuse du cancer nous paraît incontestable.

Après un exposé complet de l'étiologie et des caractères cliniques, nous discutons le traitement chirurgical : ce traitement est à envisager séparément, suivant que la polypose est associée à un cancer du gros intestin ou suivant qu'elle existe seule. En analysant les observations de polyposes opérées, on peut voir que les opérations pratiquées par l'anus n'ont eu qu'un résultat temporaire : c'est qu'en effet l'extirpation a été forcément partielle et n'a pu porter que sur l'ampoule rectale, alors que les polyadénomes étaient disséminés plus haut; mais en plus, il y a eu récidive *in situ*. La seule opération radicale serait l'extirpation du rectum, mais encore faudrait-il que la maladie fût limitée au rectum. Peut-être faut-il orienter la thérapeutique dans un autre sens et chercher à obtenir la disparition des accidents, diarrhée et hémorrhagie, sinon du mal, en pratiquant l'exclusion de tout le côlon par une anastomose iléo-sigmoïde, quitte à débarrasser directement le rectum en s'aidant du rectoscope et du galvanocautère.

Des formes toxémiques de l'appendicite.

Bulletins de la Société de chirurgie, 27 janvier 1903.

Les divisions de l'appendicite ordinairement usitées me paraissent incomplètes, la plus essentielle à mon avis est celle qui tient le plus grand compte des accidents toxémiques.

La toxémie peut être secondaire, c'est le cas le plus fréquent; elle peut dans quelques cas rares s'établir d'emblée, être primitive et tuer le malade avant qu'aucune trace de suppuration ou de gangrène ait eu le temps de se manifester, de telle sorte qu'avec les signes d'une maladie générale, on trouve l'appendice libre sans la moindre réaction péritonéale. J'apporte une observation type de cette forme, avec un examen histologique minutieux. Tandis que dans d'autres formes, même avec gangrène, on observe, malgré la nécrose des tissus, leur abondante infiltration par des leucocytes, dans notre observation on relève une très faible prolifération leucocytaire, on dirait que la diapédèse a fait défaut, et pourtant, il s'agit bien de lésions aiguës de l'appendice, comme en témoignent les ulcérations aiguës superficielles de la muqueuse, les petites hémorrhagies sous-épithéliales et les thromboses vasculaires de la couche péritonéale. Ainsi diapédèse nulle ou insignifiante, en face d'un cortège symptomatique des plus graves et d'une terminaison funeste. Je pense que dans la pathogénie de ces accidents graves, il faut accorder autant d'importance à l'insuffisance de l'appareil lymphatique et à l'état général qu'à l'exaltation de la virulence du contenu appendiculaire.

Autre remarque, l'oblitération thrombosique des vaisseaux péritonéaux nous semble être un fait précoce dans les formes graves, et précéder la thrombose des vaisseaux de la couche sous-muqueuse; à l'oblitération de ces derniers correspond la gangrène totale de l'appendice : celle-ci est donc à la fois le résultat de l'action nécrosante des toxines sur les éléments épithéliaux et folliculaires, et de l'oblitération vasculaire consécutive.

La gangrène est dans une certaine mesure un processus de défense; c'est un moyen médiocre, inférieur à la suppuration, mais somme toute, c'est un moyen de limitation apportant une certaine entrave temporaire à la diffusion par le sang des toxines émanées de la cavité appendiculaire.

Cette conception de la pathologie appendiculaire nous donne la possibilité de ranger sous deux types les nombreuses formes cliniques graves observées.

A l'un de ces types qu'on peut après Dieulafoy appeler toxémique ou toxi-infectieux, se rapportent les formes où les phénomènes généraux priment tout, les phénomènes locaux n'existant que tout juste pour permettre d'affirmer la maladie.

A l'autre correspondent tous les cas de réaction péritonitique qui forment la masse des observations publiées : il s'agit bien entendu d'une observation précoce, car toutes ou presque toutes les formes peuvent aboutir à l'infection ou à l'intoxication générale.

La jaunisse précoce ou bien une altération prononcée des traits, la diarrhée avec ou sans vomissements, la sécheresse de la langue, une température élevée dès le début et sans rémissions, un pouls dépressible et fréquent, une agitation incessante et sans motifs, de l'albuminurie, tels sont les signes qui isolés ou associés donnent au médecin l'impression qu'il est en face d'une maladie générale.

Faut-il opérer dans les formes hypertoxiques? la question reste en suspens.

De l'adénopathie mésentérique dans les appendicites aiguës toxi-infectieuses.

Bulletins de la Société de chirurgie, 7 mai et 4 juin 1902.

Nous avons au cours d'une appendicite aiguë gangreneuse opérée moins de 20 heures après le début des accidents, constaté une adénopathie intense et étendue des ganglions mésentériques. Nous avons d'autre part relevé cliniquement l'étendue de la zone douloureuse au palper du ventre. La localisation classique restant nette, il existait en dehors d'elle et dès le début, dès la 8e heure, une douleur diffuse, débordant à gauche la ligne médiane.

Or cette douleur répondait précisément à toute la zone où quelques heures après je constatais l'adénopathie mésentérique; j'établis une corrélation entre les deux constatations et je dis : une appendicite virulente d'emblée peut comme une angine hypertoxique injecter profondément les ganglions qui reçoivent ses lymphatiques.

Pathogénie des appendicites.

Bulletins de la Société de chirurgie, 7 décembre 1896.

Appendicite et salpingite.

Bulletins de la Société de chirurgie, 12 octobre 1898.

Péritonite tuberculeuse à début simulant l'occlusion intestinale ou l'appendicite.

Bulletins de la Société de chirurgie, 23 novembre 1898.

Des para-appendicites.

Bulletins de la Société de chirurgie, 24 janvier 1900

Nous désignons sous ce terme les péritonites localisées développées dans le voisinage immédiat de l'appendice et sans dépendance aucune d'une lésion de cet organe. Nous différencions la para-appendicite de la péri-appendicite ; celle-ci accompagne la plupart des appendicites un peu graves, elle fait partie intégrante de leurs lésions ; la para-appendicite, au contraire, n'a aucun lien étiologique avec l'inflammation appendiculaire, elle ne contracte avec l'appendice que des rapports de voisinage, mais ces rapports suffisent à créer une similitude de symptômes et de signes qui justifient à notre sens le terme sous lequel nous désignons cette variété de péritonites partielles.

Nous rapportons une observation de para-appendicite développée au cours d'une infection grippale.

L'intérêt chirurgical, c'est qu'en présence de lésions graves du péritoine il ne faut pas que le chirurgien se contente d'enlever un appendice à peine vascularisé, dont les faibles lésions expliquent mal l'étendue et l'importance du foyer : il faut inspecter la région para-appendiculaire, le fond du cæcum et spécialement la terminaison de l'intestin grêle, s'assurer qu'il n'existe pas de perforation, etc.

Plaies du rectum.

Revue de chirurgie, mai 1900.

Nous avons repris dans leur ensemble l'étude des lésions traumatiques du rectum et passé en revue : les plaies par instruments tranchants piquants et contondants, et les plaies par armes à feu.

Il nous paraît capital de prendre pourtant comme base fondamentale de classification le fait anatomique de la blessure ou de l'intégrité du péritoine : de là la division en plaies de la portion non péritonéale et plaies de la portion péritonéale du rectum.

Nous avons Branca et moi étudié dans une série d'expériences sur le chien et le lapin quel est le processus qui préside à la cicatrisation des plais rectales (Association des Anatomistes, 1re session 1899, *Processus de cicatrisation épithéliale dans les plaies de l'intestin*, par Quénu et Branca) et examiné aussi comment se fait le raccord de deux épithéliums cicatriciels, l'un d'origine muqueuse, l'autre d'origine cutanée.

Des plaies de la portion péritonéale du rectum et de leur traitement.

Revue de chirurgie, janvier 1899.

Les blessures du rectum ont une physionomie clinique et un pronostic tout différent suivant que la séreuse péritonéale a été ouverte ou non. Nous avons analysé et résumé dans ce mémoire les 35 observations de plaies pénétrantes du rectum publiées et nous avons ajouté une observation personnelle, dans laquelle, un de nos malades étant atteint d'un rétrécissement syphilitique du rectum, l'élève chargé de lui faire un lavage du rectum avec de l'eau oxygénée, perfora l'anse sigmoïde et injecta le liquide dans le péritoine. J'intervins par laparotomie 6 heures après l'accident, le malade guérit.

Le pronostic des plaies pénétrantes du rectum, qui sont le plus souvent des plaies par empalement est grave. Sur 36 observations la mort est survenue 27 fois. Sur ces 36 blessés, 6 ont été laparotomisés, 4 ont guéri : soit une mortalité de 33,3 p. 100 ; sur les 29 non laparotomisés 5 ont guéri : soit une mortalité de 82 p. 100. Mais il faut ajouter que les 2 malades opérés et morts ont été opérés l'un 20 heures, l'autre 16 heures après la blessure.

Rupture spontanée du rectum.

Revue de chirurgie, 10 mars 1882, et *Semaine médicale*, 1888, p. 26.

Au moment de la publication de mon premier mémoire il n'existait que huit observations de rupture spontanée du rectum, ou plus exactement cinq observations et quatre mentions sommaires. J'instituai des expériences cadavériques sur la résistance des parois intestinales à la distension par les gaz et je conclus que la rupture spontanée du rectum pendant l'effort reconnaît pour cause, non comme on aurait pu le croire, l'augmentation de la pression intra-intestinale, mais l'augmentation de la tension sanguine dans les veines hémorroïdales variqueuses. La rupture des varices précède et provoque la déchirure des parois rectales. Dans l'article de la *Semaine médicale*, j'envisage surtout la question au point de vue de l'intervention chirurgicale et des modes d'intervention suivant l'état de l'intestin.

Étude clinique sur le cancer du rectum.

Revue de chirurgie, janvier 1897.

Ce mémoire a pour base quarante observations : nous avons analysé principalement les symptômes du début, ceux précisément qu'il importe le plus de mettre en lumière, au point de vue d'une intervention hâtive. L'hémorrhagie est parfois, mais rarement, la première manifestation du mal. Chez d'autres, l'éveil a été donné par des sensations anormales, ou par l'entrave apportée à la circulation des matières ou enfin par une modification sensible et inexpliquée de l'état général. Nous insistons tout spécialement sur les fausses envies d'aller à la selle, fausses envies aboutissant à l'expulsion de gaz ou de glaires. Nous avons enfin appelé l'attention sur un petit nombre de faits rares dans lesquels la diarrhée a existé dès le début. Cette diarrhée, symptôme prédominant et persistant, n'est d'ailleurs pas spéciale à la localisation rectale du cancer, nous l'avons retrouvée dans un cas de cancer du cæcum.

La diversité clinique que nous avons mentionnée est en rapport avec le siège, l'étendue et la rapidité d'évolution de l'épithéliome. Il est d'observation, par exemple, que les cancers sus-ampullaires les plus haut

situés prennent vite la forme annulaire et occasionnent rapidement des accidents d'occlusion intestinale. Dans les complications, nous avons signalé avec insistance, l'envahissement des voies urinaires et spécialement des uretères.

Diagnostic du cancer du rectum

(Leçon clinique).

Gazette médicale, 2 janvier 1897.

Nous avons insisté dans cette leçon sur les sensations fournies par le toucher rectal suivant la localisation et les formes du cancer rectal. Nous avons en particulier signalé comme cause d'erreur fréquente, la confusion d'une forme de cancer infiltré, massif des parois rectales avec le rétrécissement syphilitique ou autre du rectum.

Nous croyons encore avoir été les premiers à conseiller d'utiliser l'incision faite à la paroi abdominale quand on établit l'anus iliaque préliminaire, pour explorer le pourtour du détroit supérieur et reconnaître l'existence des adénopathies préhypogastriques et iliaques.

Des tumeurs villeuses ou épithéliomes superficiels végétants du rectum,

par Quénu et Landel.

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, n° 1, février 1899, avec 2 planches.

Aucun travail n'a été publié en France sur ce sujet. Nous avons analysé les observations étrangères et présenté 4 observations personnelles. Nous avons principalement approfondi l'étude histologique de ces tumeurs. Il existe d'après nos observations deux formes, une forme pédiculée et une forme sessile. Au point de vue macroscopique, la superficialité par rapport à la muqueuse intestinale, la consistance molle, une structure papillaire spéciale, constituent des caractères fondamentaux. Au point de vue histologique, ce sont des épithéliomes cylindriques présentant une remarquable tendance à garder à un degré plus ou moins marqué les caractères primitifs des éléments dont ils dérivent. On peut les considérer comme une variété très spéciale d'épithéliome de la

muqueuse rectale se développant le plus souvent aux dépens de formations adénomateuses. Ce sont des épithéliomes cylindriques comparables par leur superficialité, la lenteur de leur développement et l'intégrité habituelle du système lymphatique, à certains cancroïdes de la peau de la face.

Une étude clinique et thérapeutique suit la description anatomique.

Les suppurations périanorectales

(Leçon clinique).

Gazette médicale de Paris, 31 mars 1894.

A chaque pédicule vasculo-lymphatique correspond une variété de suppuration périrectale; il y a donc: 1° des abcès de l'espace mésorectal; 2° des abcès de l'espace latérorectal; 3° des abcès péri-anaux.

Les abcès péri-anaux sont en effet la plupart du temps d'origine lymphangitique. Chassaignac n'appliquait cette pathogénie qu'aux abcès de la marge, je pense qu'il faut l'étendre aux abcès de la fosse ischio-rectale. Ces derniers ne sont que des lymphangites trajectives propagées au tissu cellulaire et j'en donne des observations probantes.

Étude sur les lymphangites d'origine anorectale.

Bulletins de la Société de chirurgie, 4 avril 1894.

Parallèlement aux trois groupes lymphatiques, il existe trois ordres d'abcès d'origine anorectale.

1° Des abcès sous-cutanés développés le long des lymphatiques de l'étage inférieur;

2° Des abcès profonds développés autour des lymphatiques et des ganglions du mésorectum;

3° Enfin des abcès profonds siégeant dans l'espace pelvirectal supérieur et de nature périlymphangitique ou périadénique.

Nous rapportons une observation relative aux abcès du second groupe, abcès qui paraissent rares, et nous rapportons plusieurs observations d'abcès pelvirectaux supérieurs manifestement d'origine lymphangitique. Les abcès périadéniques de l'espace pelvirectal supérieur ont parfois

tendance à fuser vers la fesse, à travers l'échancrure sciatique. Il en résulte qu'étant donné un abcès chaud profond de la fesse, il faut toujours, en l'absence d'autres causes, rechercher une porte d'entrée à l'infection du côté de l'anus.

L'ordre de fréquence des suppurations anorectales est rigoureusement calqué sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle on injecte le système lymphatique de l'anus.

Du cancer secondaire de l'ombilic et de sa valeur séméiologique,

par Quénu et Longuet.

Revue de chirurgie, février 1896.

Reprenant la comparaison de notre ancien et regretté maître Lorain, nous montrons que la dégénérescence cancéreuse de l'ombilic a la valeur clinique d'une adénopathie. La tumeur primitive de l'ombilic est rare (un peu moins que nous ne l'avons dit dans ce mémoire); l'apparition d'un cancer de l'ombilic doit donc nous faire soupçonner l'existence d'un cancer viscéral. La moitié des cancers secondaires de l'ombilic ont leur point de départ dans cette portion de la muqueuse digestive qui s'étend du cardia au rectum.

L'apparition d'un cancer secondaire de l'ombilic comporte un pronostic fatal à bref délai.

Infection d'un kyste hydatique du foie par rupture des voies biliaires périkystiques à la suite d'une ponction du kyste.

Bulletins de la Société de chirurgie, 28 janvier 1896.

Trois cas de kyste hydatique du foie, un cas de kyste hydatique de la rate,

par Quénu et Pierre Duval.

Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie, août 1898.

Nous cherchons à montrer qu'à côté de l'intoxication hydatique aiguë, massive, dont la symptomatologie est bien connue, il existe une intoxication chronique dont l'expression symptomatique est peu bruyante,

mais progressive, générale, sans localisation élective, sur aucun appareil.

Ses manifestations consistent en une sorte d'anémie avec amaigrissement rapide, pâleur des téguments, décoloration des muqueuses et cyanose légère, palpitations, hémorrhagies répétées.

Pyléphlébite suppurative consécutive à des calculs biliaires.

Gazette médicale de Paris, 21 décembre 1878. p. 627 et 640.

La tuberculose primitive de la rate,

par Quénu et Baudet.

Revue de gynécologie, mars-avril 1898.

La tuberculose de la rate, si fréquente secondairement d'après Cruveilhier, est rare comme manifestation primitive. Nous avons rassemblé les observations de tuberculose primitive de la rate et publié une observation complète avec examen histologique et inoculations au cobaye de ganglions concomitants. Notre malade a été traitée par l'ouverture du foyer tuberculeux après laparotomie et marsupialisation de la poche artificielle ainsi créée. Cette opération a été suivie d'une guérison qui s'est maintenue jusqu'à la date actuelle (janvier 1904).

Des tumeurs des trompes,

par Quénu et Longuet.

Revue de chirurgie, octobre et décembre 1901, avec 4 figures.

Ce mémoire est un essai de description complète de tous les néoplasmes de la trompe. Nous avons divisé les tumeurs de la trompe en néoplasmes primitifs et en secondaires.

Les primitifs se divisent en tumeurs épithéliales, vasculo-conjonctives, musculaires et complexes.

Dans les tumeurs épithéliales nous passons en revue les papillomes, les adénomes et les épithéliomes proprement dits.

Critiquant les rares faits de papillomes, nous concluons qu'ils rentrent ou dans les adénomes ou dans les épithéliomes. Les adénomes de la trompe sont très rares, les vraies tumeurs épithéliales sont les épithéliomes proprement dits.

L'anatomie pathologique des épithéliomes est faite complètement et nous ajoutons deux faits personnels avec analyse histologique aux observations déjà publiées.

Les altérations de l'ovaire sont fréquentes. Nous insistons sur la difficulté de dire dans certains cas si le néoplasme de la trompe est primitif ou consécutif à une dégénérescence première de l'ovaire.

Le diagnostic est difficile, on peut le résumer dans la proposition suivante : aux approches de la ménopause, ou après elle, l'existence d'une tumeur annexielle, jointe à un écoulement, non purement sanglant, la démonstration préalable du siège non utérin de cet écoulement, tel est le syndrome susceptible de caractériser l'épithéliome tubaire. L'intermittence des écoulements plaide encore en faveur du siège salpingien.

Au point de vue du traitement, la seule conduite rationnelle en face d'un épithéliome tubaire, c'est l'opération non restreinte, c'est-à-dire la castration utéro-annexielle, car on ne sait, en cas de lésions unilatérales, ce qu'il y a dans l'autre trompe, ni ce qu'il y a dans l'utérus et à l'insertion du pédicule utérin. La voie haute est la seule recommandable. Suivent les résultats immédiats et éloignés.

Il n'existe qu'un seul cas de déciduome malin de la trompe.

Les cas de sarcomes se réduisent à six, il semble ressortir de leur analyse que le sarcome tubaire prend son origine dans la musculeuse.

Les fibro-myomes sont plus intéressants, mais rares aussi, puisqu'on ne relève que 13 faits dont 8 à peine méritent d'être conservés.

Nous ajoutons une observation personnelle.

Le diagnostic est des plus malaisés, la tumeur sous-séreuse est ordinairement prise pour une tumeur solide de l'ovaire ou pour un fibrome pédiculé de l'utérus. Les myomes interstitiels simulent les inflammations chroniques de la trompe.

Le traitement doit être adapté à chaque variété de fibro-myome tubaire.

Le traitement des sous-séreux est compatible avec la conservation des annexes.

Celui des interstitiels et des sous-muqueux se confond avec celui de toute altération tubaire justiciable d'une intervention, c'est la salpingectomie.

Quant aux formes intra-ligamentaires elles commandent l'énucléation avec reconstitution des feuillets du ligament large.

Les néoplasmes secondaires sont les uns d'origine utérine, les autres d'origine ovarienne.

Un tableau renfermant le résumé des 79 cas de néoplasmes tubaires publiés termine ce mémoire.

Tumeurs épithéliales des trompes.

Bulletins de la Société chirurgie, 6 novembre 1901.

Nous présentons une pièce et une observation. Le diagnostic d'épithéliome de la trompe avait été porté et fut vérifié par l'opération.

Des sarcomes utérins.

Rapport sur une observation de M. Cottin (de Dijon).

Bulletin de la Société de chirurgie, 9 avril 1902.

Nous citons un certain nombre de faits personnels où la dégénérescence sarcomateuse d'anciens fibromes est évidente. Mais il n'en est pas toujours ainsi et il existe des sarcomes primitifs de l'utérus, sans myomes antérieurs.

Un autre problème, d'ordre purement histologique, est la détermination de l'élément anatomique qui donne naissance au sarcome utérin : s'agit-il de tumeurs embryonnaires musculaires, de léio-myo-sarcomes comme le croit Condamin, ou simplement de sarcomes ordinaires développés aux dépens du tissu conjonctif qu'on trouve entre les bandes de fibres lisses? une de nos observations vient à l'appui de l'opinion de Condamin, nous la relatons avec l'examen histologique détaillé.

Sur la dégénérescence caverneuse de la muqueuse utérine à la suite de certaines métrites.

Bulletins de la Société de chirurgie, 15 novembre 1892.

et Schmid **Métrorrhagies et métrite hémorrhagique**, thèse, Paris, 1896.

La transformation caverneuse de la muqueuse utérine intervenant à la suite de l'inflammation chronique ou en dehors d'elle est peu décrite. Le curettage en pareil cas est impuissant à arrêter les hémorrhagies, il faut recourir soit à l'excision simple de la muqueuse, soit à l'hystérectomie vaginale. J'ai eu recours avec succès à la première opération.

Fibromes douloureux de l'utérus.

Gazette médicale, 1893, p. 567.

Étude sur les calculs uréthraux chez la femme,

par Quénu et Pasteau.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, avril 1896.

Ce mémoire contient les observations publiées, auxquelles nous ajoutons un fait personnel.

Nous complétons l'anatomie pathologique en rapportant l'étude histologique de la poche uréthrale.

Deux hypothèses pathogéniques sont possibles : 1° La poche sous-uréthrale se forme autour d'un calcul préexistant; 2° la poche sous-uréthrale est formée d'abord et le calcul s'y développe secondairement.

Au point de vue diagnostique, il faut s'assurer de la présence d'un calcul, le localiser en le différenciant d'un calcul diverticulaire de la vessie et en s'assurant qu'il siège soit dans l'urèthre, soit dans une poche sous-uréthrale.

Le traitement de choix consiste dans l'ablation des calculs et dans l'excision de la poche.

De la nature des sarcomes et de leur place dans la classification des tumeurs.

Semaine médicale, 25 décembre 1895.

De la névrite sciatique chez les variqueux.

Bulletins de la Société de chirurgie, 8 février 1888.

M. Verneuil a eu le mérite de mettre en relief les douleurs et sensations anormales observées dans les varices profondes. Ce mémoire a pour but de démontrer que chez un certain nombre de malades, les douleurs ne se localisent pas au mollet et à la cheville, mais qu'elles s'irradient à la cuisse et à la fesse et qu'il s'agit par conséquent de véritables sciatiques. Nos recherches ont porté sur 67 malades atteints de varices anciennes. Nous avons trouvé une proportion de 5 sciatiques sur 61 malades. Quelle est la pathogénie de cette sciatique ? Nous pensons que la cause des douleurs chez les variqueux ne doit pas être recherchée en dehors du nerf, mais dans le nerf lui-même.

Étude sur les luxations sous-astragaliennes en avant et en dehors.

Bulletins de la Société de chirurgie, 16 mai 1894.

Après une étude critique des causes d'irréductibilité invoquées par les classiques, nous tâchons de démontrer, d'après l'observation d'un malade à luxation irréductible que nous avons opéré, et d'après des expériences cadavériques, que le seul obstacle à la réduction est l'interposition entre la cavité articulaire et la tête astragalienne, du ligament annulaire antérieur du tarse resté intact.

En présence d'une luxation sous-astragalienne dorsale, au lieu de tirer, le pied étant dans l'extension, il faut replacer au contraire les parties dans la position où elles étaient au moment de l'accident, c'est-à-dire qu'on exagérera la flexion du pied sur la jambe et son adduction : c'est alors qu'en appuyant d'avant en arrière sur la tête de l'astragale, on ramènera progressivement le pied dans une attitude normale. Ces tentatives ayant échoué, avant de recourir à la résection, on mettra l'os luxé à découvert et on pourra tenter la réduction en sectionnant préalablement le ligament annulaire antérieur du tarse autour de la tête de l'astragale.

Luxation du métatarse en dehors.

Revue de chirurgie, septembre 1901.

Nous avons passé en revue les observations connues, ajouté une observation personnelle avec quatre photographies et trois radiographies, et repris des expériences cadavériques que nous avions déjà commencées en 1897 (1). Nous concluons qu'un mouvement forcé quelconque de l'avant-pied sur l'arrière-pied ayant disloqué l'articulation de Lisfranc et rompu les ligaments, il intervient alors un mouvement de rotation en dedans de la plante qui détermine le sens du déplacement et crée le type définitif de la luxation.

Luxation incomplète sous-scaphoïdienne en dedans.

Bulletins de la Société de chirurgie, 5 mai 1897.

Il s'était produit chez notre malade une véritable luxation en dedans de la tête de l'astragale, mais entraînant avec elle le scaphoïde. On peut donc caractériser ce déplacement sous le titre de luxation sous-scaphoïdienne en dedans. Il est vraisemblable que ces luxations se produisent par un mécanisme analogue à celui des sous-astragaliennes.

D'après nos recherches sur le cadavre et l'expérimentation, il y a lieu d'établir dans les résultats qu'on obtient, une première division suivant qu'on fixe l'arrière-pied, ou l'avant-pied; qu'on fixe l'arrière-pied, c'est-à-dire, soit le calcanéum, soit l'ensemble du pied, la lésion a presque invariablement pour siège, lorsque le calcanéum résiste, l'articulation tibio-tarsienne ou sa mortaise.

Au contraire, quand c'est l'avant-pied qui devient la résistance, les lésions ont un siège tarsien et les déplacements ou les arrachements ostéo-ligamenteux sont d'autant plus antérieurs que le mouvement de flexion du pied sur la jambe est plus prononcé.

---

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie* (5 mai 1897).

Des fractures postéro-antérieures paramédianes de la base du crâne,

avec 6 figures,

par Quénu et Tesson.

Revue de chirurgie, mai 1901.

Nous avons étudié les fractures du crâne qui peuvent survenir à la suite d'une chute sur l'occiput. Nous sommes arrivés à reproduire expérimentalement sur le cadavre, quatre fois sur dix, une fracture postéro-antérieure gagnant le sphénoïde, en respectant le rocher. La concordance des résultats expérimentaux et des faits d'observation nous a conduits aux conclusions suivantes :

Les chutes sur l'occiput peuvent déterminer une fracture irradiée de la base du crâne, capable d'intéresser les trois étages ; de l'occipital, elle gagne d'arrière en avant le corps du sphénoïde qu'elle dépasse parfois pour atteindre la lame criblée de l'éthmoïde ; respectant le rocher, elle emprunte le plus souvent la suture pétrobasilaire, mais elle peut cheminer en pleine surface basilaire ; d'ordinaire elle contourne le trou occipital, mais parfois elle le traverse.

Cette fracture, par la fixité et la constance de ses caractères anatomiques, constitue véritablement un type spécial, non isolé jusqu'ici ; elle nous paraît devoir être individualisée sous le nom de fracture postéro-antérieure paramédiane de la base du crâne.

Au point de vue clinique, quand les commémoratifs de l'accident, le récit des témoins, la contusion des téguments de la nuque, ou l'existence d'une petite plaie sur l'occiput indiquent que la violence a porté sur la région occipitale, quand d'autre part l'opéré, dans un état plus ou moins comateux, présente une hémorrhagie nasale ou pharyngienne, il faut penser à une fracture paramédiane et porter un pronostic grave.

Fracture postéro-antérieure paramédiane de la base du crâne.

Bulletins de la Société de chirurgie, 24 mai 1901.

Présentation d'une pièce qui répond à la description que nous avons donnée de ces fractures, dans notre mémoire de la *Revue de chirurgie* :

mais, en outre, il existe ici, comme d'ailleurs sur une de nos pièces expérimentales, une fracture longitudinale du rocher.

Présentation d'une autre pièce de fracture paramédiane.

Bulletins de la Société de chirurgie, 5 juin 1901.

On retrouve dans l'observation la plupart des caractères cliniques et anatomiques, qui nous ont permis d'établir un type de fracture; une fracture transversale du rocher complique la lésion principale, mais les caractères essentiels de celle-ci n'en gardent pas moins leur netteté.

Volumineuse tumeur conjonctive de la parotide récidivante, extirpation.

Bulletins de la Société de chirurgie, 30 mai 1900.

L'examen de la pièce vérifie l'opinion de MM. Bosc et Jeanbrau ; elle est composée de tissu conjonctif, modifié en certains points, de manière à simuler un épithélium, mais ce n'est là qu'une apparence.

Maladie kystique de la mamelle.

Bulletins de la Société de chirurgie, 22 février 1888.

et Th. Rénon. P. 1903.

M. Reclus, on le sait, a voulu créer une identité morbide avec une certaine forme de dégénérescence kystique du sein, qu'il a appelée maladie kystique de la mamelle. M. Brissaud est venu devant la Société de chirurgie et a cherché à donner une base solide anatomo-pathologique à « la maladie de Reclus; sa conclusion sur la nature de cette maladie, c'est qu'il s'agit d'un épithéliome intra-acineux ».

Je me suis élevé contre cette interprétation. A l'aide de pièces personnelles, et en me servant des descriptions mêmes de M. Brissaud, j'ai démontré qu'il s'agit d'une mammite chronique, mais non d'une mammite chronique ordinaire; il faut ajouter « que l'irritation inflammatoire ne porte que secondairement sur le tissu conjonctif, qu'elle porte primi-

tivement sur l'épithélium mammaire, qu'il s'agit, en un mot, de ces scléroses que Charcot a si bien dénommées cirrhoses épithéliales, pour avertir que l'irritation épithéliale est le fait capital et primitif.

En résumé, dans la maladie kystique du sein, il n'y a pas de néoplasme, il s'agit vraisemblablement d'une lésion irritative portant primitivement sur l'épithélium et le terme de « cirrhose épithéliale kystique du sein », nous paraît celui qui caractériserait le mieux anatomiquement la maladie de Reclus.

Des tumeurs du squelette thoracique,

par Quénu et Longuet.

Revue de chirurgie, mai 1898.

Dans ce mémoire sont décrites successivement les tumeurs du sternum et les tumeurs costales. Nous donnons le résultat avec analyse, des 11 opérations qui ont été pratiquées pour des tumeurs sternales primitives, nous n'admettons l'intervention chirurgicale que pour les tumeurs du sternum, très localisées, n'occupant qu'un segment de l'os, avec cette réserve qu'il est délicat parfois de poser une indication ferme, à cause de la difficulté clinique d'établir nettement la limitation du mal.

Les tumeurs primitives des côtes ont été plus souvent soumises à l'action chirurgicale et nous donnons sous forme de tableau l'analyse des 60 opérations, dont 3 personnelles, qui ont été pratiquées. Après un historique de ces tumeurs, nous exposons successivement leur étiologie et leurs caractères cliniques, mais nous nous étendons principalement sur le traitement.

L'indication opératoire posée, il faut avoir présent à l'esprit cette vérité que le chirurgien peut toujours se trouver entraîné par les lésions plus loin qu'il n'avait pensé tout d'abord, il faut donc d'avance avoir fait son plan pour parer à tout accident respiratoire ou cardiaque et être outillé en conséquence.

Nous avons divisé les opérations pour tumeurs costales en 2 catégories, les unes respectant la plèvre ou extrapleurales, les autres ouvrant la séreuse et capables de déterminer des accidents, tantôt légers, tantôt de moyenne gravité, tantôt très graves ou mortels. Nous exposons les

tentatives qui ont été faites pour remédier aux inconvénients du pneumothorax.

Les résultats opératoires ont été analysés avec soin, on doit conclure à la gravité de l'acte opératoire puisque sur 58 opérations il y eut 15 décès soit 25,8 p. 100. Quelques cas il est vrai remontent à l'époque préantiseptique. La nature maligne de la tumeur ne semble pas avoir influencé le pronostic opératoire puisque les chondromes ont donné plus de mortalité que les sarcomes.

Enfin les résultats éloignés ont été mentionnés dans 43 cas. Les faits de Vautrin (sarcome) et d'Alsberg (chondrome) où aucune récidive n'était notée après 5 ans, ceux de Muller (chondrome) et Tietze (sarcome) où la récidive manquait après 3 ans, suffisent à démontrer qu'en recommandant le traitement opératoire des tumeurs du squelette thoracique on reste dans les limites de la bonne et saine chirurgie.

IV

TRAVAUX SUR LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Asepsie opératoire, Installation de services chirurgicaux, Anesthésie, etc.

De l'asepsie opératoire.

Dans la discussion qui a suivi la seconde communication que j'ai faite à une année de distance sur l'asepsie opératoire, j'ai posé nettement les deux questions suivantes que j'ai résolues par la négative ;

1° Est-il possible de stériliser en quelques heures des mains infectées ?

2° Est-il admissible qu'un chirurgien qui a pratiqué une opération septique soit autorisé à faire aussitôt après et même le lendemain une opération aseptique ?

J'ai trouvé beaucoup de contradicteurs qui m'ont opposé des faits isolés et des expériences de laboratoire.

Pour ma part, j'ai été conduit à mes idées sur la stérilisation des mains, non par des lectures, ou des expériences de laboratoire, mais par l'observation clinique. J'essaie de montrer que si l'asepsie est

née comme l'antisepsie des œuvres de Pasteur, l'application de la méthode aseptique à la chirurgie est partie de l'hôpital Bichat, du service de M. Terrier dont j'étais l'assistant et que j'ai aidé de toutes mes forces dans l'œuvre qu'il a accomplie.

L'asepsie opératoire n'a été rendue possible que par la rigueur apportée à la stérilisation de tout ce qui doit entrer en contact avec les plaies.

Il faut se rappeler que le premier autoclave ne fut installé qu'en 1888 dans le service de M. Terrier et que c'est à la même époque que j'utilisais l'étuve Sorel, construite sur ma demande à la fondation Pereire. La stérilisation des compresses et des fils à l'autoclave fut une véritable révolution pour la chirurgie abdominale.

Ainsi le chirurgien est arrivé à se débarrasser de toutes les causes d'erreur qui pouvaient entacher son œuvre ; c'est en prenant le laboratoire pour idéal qu'il perfectionnait ses méthodes et substituait aux agents chimiques de stérilisation souvent infidèles, un agent physique plus sûr, la chaleur humide. Il constatait en même temps que la suppression du contact des antiseptiques avec les tissus avait les plus heureux résultats, nous savons aujourd'hui pourquoi, et qu'inonder les plaies de sublimé ou d'acide phénique, c'est tirer sur ses propres troupes.

Ainsi est née l'asepsie ; elle est née à la fois d'une doctrine scientifique montrant la puissance de réaction défensive des éléments anatomiques, et de l'observation clinique tirant avec effort des résultats opératoires progressifs de l'application à la stérilisation des méthodes de laboratoire, mais jusqu'ici tous les progrès n'ont qu'imparfaitement touché à une cause d'erreur non moins capitale que les autres, celle de l'asepsie des mains du chirurgien.

Est-il possible de stériliser d'une façon constante en quelques heures des mains infectées ?

Je pense démontrer que non, en opposant aux expériences invoquées et très critiquables, des expériences plus nombreuses faites par les bactériologistes de tous pays, et en opposant des faits positifs d'infection opératoire aux faits négatifs publiés. Un seul fait de transmission du tétanos dont les spores ne meurent qu'à 113° par les doigts du chirurgien vaut plus que 50 cas où le même chirurgien ayant pansé des tétaniques et des non-tétaniques n'a vu se développer aucun accident.

Il est possible de réaliser la chirurgie aseptique de plusieurs façons, par exemple en évitant les contaminations et en ne faisant que de la chirurgie propre. Mais le moyen le plus commode est d'adopter les gants imperméables, soit pour les opérations, soit pour les pansements septiques, et au besoin pour les opérations aseptiques quand de par un contact sale antérieur on doute de leur stérilisation immédiate.

De l'asepsie opératoire.

Analyse d'un travail de Mikulicz.

Revue de chirurgie, mars 1898.

Après avoir analysé et critiqué le *Mémoire* de Mikulicz, nous concluons qu'il faut chercher la solution du problème de l'asepsie opératoire « dans la non contamination des mains », professant depuis 1892, que le chirurgien qui pratique une opération d'une certaine importance ne doit pas la *veille* avoir touché un malade septique.

De l'asepsie opératoire.

Statistique de deux ans au pavillon Pasteur, à l'hôpital Cochin.

Bulletins de la Société de chirurgie, 22 mars 1899.

Nous exposons nos idées sur la façon de pratiquer l'asepsie, sur la manière de préparer les malades, sur la difficulté de stériliser les mains : par suite nous proclamons la nécessité et le devoir pour le chirurgien, de s'abstenir de toute ouverture d'abcès ou de toucher septique au moins 2 jours avant une opération importante.

Les mains du chirurgien sont le principal facteur de l'infection, le plus simple est donc d'user de gants en caoutchouc pour pratiquer les opérations septiques.

Pour les ligatures et sutures en milieu aseptique, j'ai substitué le fil d'Alsace à la soie.

Dans notre statistique, 115 laparotomies ou hystérectomies vaginales pour fibromes, cancers de l'utérus, annexites ou kystes de l'ovaire, nous ont donné 114 guérisons.

De l'asepsie opératoire.

Statistique des opérations faites dans mon service à l'hôpital Cochin pendant l'année 1899.

Bulletins de la Société de chirurgie, 25 avril 1900.

Dans ma communication de l'an dernier sur le même sujet, j'ai insisté sur deux points : 1° la difficulté d'obtenir l'asepsie des téguments à opérer; 2° la difficulté bien plus grande encore, je dirai même la difficulté insurmontable pour le chirurgien de conserver ses mains stérilisables et la nécessité par suite d'utiliser des gants imperméables.

Après l'indication de la technique nécessaire à la préparation des téguments qui doivent être le siège d'une opération, j'arrive à la question de la stérilisation des mains; il faut qu'un chirurgien se résigne à ne toucher directement aucune chose sale, renonce à toute exploration septique, buccale, vaginale ou rectale, ou qu'il ne les pratique que le doigt protégé par un tissu imperméable.

Notre statistique de l'année, défalcation faite des cas d'urgence et des petites opérations, telles que fistules anales, sutures nerveuses, hygromas, polypes utérins, petits épithéliomes de la face, etc., comporte 250 opérations importantes, dont 102 laparotomies avec 5 morts, soit une mortalité de 2 p. 100 et aucune de ces 5 morts n'est imputable à une infection opératoire ou postopératoire.

J'ajoute encore, parmi les précautions que doit prendre un chirurgien, qu'il doit s'interdire l'entrée des salles d'autopsies et qu'à l'amphithéâtre où les cadavres sont injectés, il ne doit toucher néanmoins aux pièces anatomiques que les mains gantées de caoutchouc.

De l'ameublement d'un service de chirurgie (avec 16 figures).

Revue de chirurgie, mars 1894.

Il est possible de faire de la bonne chirurgie dans le plus mauvais milieu, il suffit que la zone opératoire soit mise à l'abri de tout contact suspect, mais il est certain que de meilleurs résultats s'obtiennent avec moins de peine à l'aide d'une installation adaptée aux doctrines bactériologiques actuelles. J'ai pu, avec la collaboration d'un architecte des

hôpitaux, M. Rochet, et grâce à l'appui de M. Peyron, réaliser cette installation au pavillon Pasteur (hôpital Cochin). Le plan de notre service exécuté sur nos indications est le premier, à Paris, où la séparation des aseptiques et des septiques ait été mise en pratique, nous nous sommes occupés également de la question d'ameublement ; nous avons donné des indications sur la confection des brancards métalliques actuellement substitués aux ignobles brancards en bois préexistants ; nous avons imaginé quelques modèles de comptoirs avec vitrines permettant la surveillance des objets de pansement usuels dans les salles de malades, des tables roulantes pour pansements au lit des malades, etc.

Présentation d'une étuve à stériliser les pansements.

Bulletins de la Société de chirurgie, 7 mai 1890.

Appareil Sorel destiné à produire de l'eau distillée stérilisée.

Bulletins de la Société de chirurgie, 11 février 1891.

Installation de l'électricité au dispensaire Pereire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 19 juin 1891.

Moyens de contrôler la température des étuves à stérilisation.

Bulletins de la Société de chirurgie, 11 mai 1892.

La principale cause d'erreur pour les autoclaves consiste dans l'expulsion imparfaite de l'air. Nous connaissons en effet la température d'un autoclave, non par une mesure thermométrique directe, mais par le manomètre dont les indications ne sont exactes que si la vapeur est expurgée d'air. J'ai eu le premier l'idée de contrôler la température de l'autoclave, au moins dans ses applications chirurgicales, par des tubes renfermant des substances fusibles. Je me suis servi successivement de soufre, d'acide benzoïque et d'alliages métalliques.

Gants en caoutchouc pour opérations.

Bulletins de la Société de chirurgie, 20 février 1902.

Contre l'usage des éponges en chirurgie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 26 juin 1895.

Les micro-organismes de l'air dans les salles d'opérations et d'hôpital, recherche d'un procédé de désinfection,

par Quénu et Landel.

Bulletins de la Société de chirurgie, 10 décembre 1902.

Après avoir cité les résultats des travaux de Flugge, de Miquel, de Muller, etc., nous exposons le résultat de nos recherches qui ont duré près de deux ans et qui ont porté sur trois points principaux :

1° Influence des diverses conditions extérieures sur le nombre des germes de l'air d'une salle d'opération et évaluation de ce nombre comparativement à celui des autres locaux;

2° Spécificité et virulence des germes recueillis;

3° Choix d'un procédé pratique et efficace pour désinfecter l'air devant habituellement ou accidentellement servir aux opérations.

L'eau oxygénée en pulvérisations présente parmi les substances employées le plus d'avantages.

Accidents déterminés par le chloroforme.

Bulletins de la Société de chirurgie, 15 janvier et 19 février 1902.

De l'anesthésie par la cocaïne.

Bulletins de la Société de chirurgie, 23 décembre 1896.

Discussion sur les accidents déterminés par l'emploi de la cocaïne en chirurgie.

Appareil à injection de sérum. Supériorité des injections sous-cutanées sur les injections intraveineuses.

Bulletins de la Société de chirurgie, 17 mars 1899.

Innocuité de la ligature des grosses veines.

Bulletins de la Société de chirurgie, 5 juin 1895.

De l'incision exploratrice dans les tumeurs douteuses.

Presse médicale, 26 juin 1901.

C'est dans la chirurgie des tumeurs malignes que la précocité de l'intervention acquiert le plus d'importance. Le jour où une tumeur douteuse acquiert les caractères évidents de la malignité, il est souvent trop tard. Dans le domaine des tumeurs abdominales, la laparotomie exploratrice a conquis le droit de cité.

Les tumeurs non abdominales qu'une simple incision des parties molles peut mettre à jour, elles aussi, sont justiciables de l'incision exploratrice, lorsque leur nature paraît suspecte. Le premier temps consiste à enlever la tumeur suspecte comme une tumeur bénigne; si l'examen extemporané (et il est toujours démonstratif pour les tumeurs épithéliales) confirme les soupçons, l'opération restreinte est sur le champ transformée en opération large. Ces préceptes sont spécialement applicables aux tumeurs du sein.

Tétanos traumatique traité et guéri par injection intracérébrale d'antitoxine (Méthode de Roux et Borrel),

par Chauffard et Quénu.

Cette observation est la première en date de tétanos humain traité par les injections intracérébrales de sérum antitétanique.

Rapport sur les injections intracérébrales de sérum antitétanique.

Observations de MM. Beurnier, Veslin et Vilon.

Nous avons le premier appliqué à l'homme le traitement imaginé par MM. Roux et Borel, à la suite de leurs belles études et expériences sur la toxine tétanique. Le succès obtenu nous avait fait bien augurer pour l'avenir, malheureusement les cas ultérieurs de nos collègues,

ceux de Beurnier et Veslin et les nôtres nous obligent à constater que ni l'absence de fièvre, au moment de l'intervention, ni la limitation des contractures, ni l'absence de phénomènes bulbaires n'autorisent à compter sur le succès.

Tétanos guéri à la suite d'injections sous-cutanées de sérum antitétanique.

Bulletins de la Société de chirurgie, 7 juin 1899.

Tétanos traumatique. Amputation de jambe. Injections de sérum antitétanique. Guérison.

Bulletins de la Société de chirurgie, 4 mai 1898.

B. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE SPÉCIALE

— *a*) Appareil digestif. —

Perforation de la voûte palatine, restauration par un procédé spécial.

Bulletins de la Société de chirurgie, 31 mai 1893.

L'originalité du procédé consiste à associer un lambeau palatin retourné avec un lambeau labial ou génien, dont on applique la face cruentée sur la face cruentée du précédent.

Des opérations préliminaires et en particulier de la ligature des artères et de la trachéotomie préventive dans le traitement des tumeurs de la cavité bucco-pharyngienne.

Bulletins de la Société de chirurgie, 26 avril 1893.

1° Les opérations préliminaires, ligatures ou trachéotomie, sont inutiles dans les résections du maxillaire supérieur ou dans l'hémirésection du maxillaire inférieur ;

2° La ligature des deux carotides externes me semble une opération rationnelle avant l'ablation de certains polypes naso-pharyngiens dont on a reconnu la vascularité ;

3° La trachéotomie préventive me paraît indiquée dans certains cas de tumeurs naso-pharyngiennes ou certaines tumeurs du voile du palais s'accompagnant de troubles respiratoires, principalement pendant le sommeil ;

4° La trachéotomie préventive est recommandable, associée à la ligature de la carotide externe, dans les opérations pour cancers étendus de la langue et du plancher de la bouche, non pour sauvegarder la respiration pendant l'acte opératoire, mais pour isoler les voies aériennes d'un foyer de contamination.

Cancer de la langue et du plancher de la bouche avec envahissement ganglionnaire. Opération datant de 3 ans et demi. Pas de récidive.

Bulletins de la Société de chirurgie, 10 février 1892.

Pharyngotomie latérale pour l'extraction d'une pièce dentaire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 22 avril 1903.

J'émets en terminant l'idée qu'il y aurait peut-être avantage dans certains cas, même quand le corps étranger est œsophagien, à préférer la pharyngotomie à l'œsophagotomie. Cette idée doit être développée dans un petit travail fait avec Sebileau.

Polype naso-pharyngien, opération par la voie palatine, restauration immédiate du voile du palais.

Bulletins de la Société de chirurgie, 13 juin 1894.

Extirpation par la bouche d'un kyste dermoïde médian, réunion par première intention.

Bulletins de la Société de chirurgie, 25 mai 1892.

Cette ablation par la voie buccale n'est préconisée que pour les kystes qui font saillie dans la bouche.

Gastrostomie pour spasme persistant de l'œsophage entretenu par une œsophagite.

Bulletins de la Société de chirurgie, 21 juillet 1897, et *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1896.

Gastrostomie chez un enfant de 4 ans et demi pour un rétrécissement acquis de l'œsophage.

Bulletins de la Société de chirurgie, 13 décembre 1899.

Gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy et pylorectomie pour cancer de l'estomac. Survie de 16 mois.

Bulletins de la Société de chirurgie, 6 octobre 1895.

Pylorectomie, présentation de malade et de pièces.

Académie de médecine, 10 juillet 1894.

Deux observations de traitement chirurgical du cancer de l'estomac.

Revue de chirurgie, octobre 1895.

Toute induration, tout empâtement suspect dans la région de l'estomac accompagnés de troubles dyspeptiques autorisent l'exploration directe. Dans d'autres circonstances, le diagnostic est évident, le doute ne porte que sur la possibilité d'effectuer une opération radicale. Ici, l'ouverture du ventre a pour but non de confirmer le diagnostic, mais de nous révéler ce qu'il est possible de tenter.

Le cancer siège-t-il en dehors du pylore ? La laparotomie peut être immédiatement suivie de l'extirpation du néoplasme ou rester purement exploratrice.

Le cancer occupe-t-il la région pylorique ? Voici la marche que nous conseillons de suivre :

Faire une laparotomie, reconnaître exactement le siège et la nature du mal, juger si le néoplasme est ou non justiciable d'une opération radicale.

1° Le cancer pylorique n'est pas opérable : il est généralisé ou trop diffus, étendu à trop de ganglions, trop adhérent : alors ajouter à la laparotomie explorative, séance tenante, une opération palliative, la gastro-entérostomie ;

2° Le cancer pylorique est limité : faire une gastro-entérostomie qui ne sera que le premier temps de la cure définitive, car elle sera suivie 10 ou 15 jours après de la pylorectomie. Nous faisons suivre ce résumé d'un exposé des avantages de la cure radicale en deux temps.

Ulcère simple de l'estomac, sténose pylorique, gastro-entérostomie ; 4 ans après ulcère de l'anse jéjunale anostomosée. Résection de l'anse ulcérée et gastro-entérostomie en Y, guérison.

Bulletins de la Société de chirurgie, 19 février 1902.

Traitement de l'appendicite aiguë.

Bulletins de la Société de chirurgie, 17 juillet 1895.

Il convient d'établir une première grande division, en : 1° appendicites avec infection générale du péritoine ; 2° appendicites sans infection générale.

Appendicites avec infection généralisée du péritoine. — Elles comprennent trois types cliniques : un premier type d'appendicite aiguë avec septicémie péritonéale sans lésions péritonitiques ; un deuxième type avec péritonite suppurée générale ; un troisième type avec péritonite généralisée, mais enkystement de la suppuration. Ces trois formes commandent la laparotomie immédiate avec lavage et large drainage, médiane pour les deux premières formes, latérale pour la troisième.

Appendicites sans infection généralisée du péritoine. — Je les divise en aiguës et suraiguës.

J'appelle l'attention sur ce fait que la menstruation ne paraît pas sans influence sur le développement d'une crise.

Au point de vue du traitement, je préconise la temporisation pour les cas légers, l'intervention pour les autres, conseillant l'ouverture de l'abcès sans la recherche à tout prix de l'appendice.

Indications thérapeutiques et traitement opératoire de l'appendicite aiguë.

(Leçon clinique.)

Gazette médicale, 7 juillet 1895.

Traitement de l'appendicite.

Bulletins de la Société de chirurgie, 8 février 1899.

Appendicite perforante, opération 22 heures après le début, extirpation de l'appendice, guérison.

Bulletins de la Société de chirurgie, 15 mars 1899.

Cette observation m'avait un instant orienté vers la formule de Dieulafoy, à condition que dans les cas légers, le diagnostic puisse être mis hors de toute contestation.

Traitement de l'appendicite aiguë.

Bulletins de la Société de chirurgie, 5 novembre 1902.

Je persiste à croire que la question demeure mal posée entre l'interventionnisme absolu et l'abstentionnisme quand même.

Le diagnostic des cas légers en particulier offre parfois beaucoup de difficultés : si on les supprime des justiciables d'une opération immédiate, la discussion se limite aux cas moyens, puisque pour les cas graves d'emblée, nous sommes tous d'accord pour intervenir.

Il importe de proclamer cette vérité, c'est que tout début d'appendicite, léger ou non, comporte l'entrée en scène non fatalement de la chirurgie, mais du chirurgien. Comme signes justifiant une opération d'urgence, je mentionne les douleurs violentes, continues, avec paroxysmes du début, les vomissements répétés, la fréquence du pouls et l'élévation de la température persistante, la diarrhée, un certain état d'abattement, une teinte jaunâtre des téguments, tous signes qui font penser soit à une maladie générale, à une toxémie, soit à une perforation imminente.

J'ajoute à ces indications la diffusion de la douleur à la pression constatée dans les premières 24 heures.

Je conclus en rejetant toute systématisation thérapeutique, et en disant qu'il est possible dans une certaine mesure de discerner les cas d'appendicite qui méritent une intervention immédiate.

Du traitement opératoire de l'appendicite à rechutes dans l'intervalle des crises.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1er et 15 juin 1892.

Je me déclare partisan de l'opération dans l'intervalle des crises.

J'attire l'attention sur un point relatif au mode de formation des ulcérations de l'appendicite. Les *follicules clos jouent un grand rôle dans la pathogénie des ulcérations.*

Appendicite à répétition, intervention dans l'intervalle des crises, impossibilité de découvrir l'appendice, libération du cæcum, guérison.

Bulletins de la Société de chirurgie, 6 décembre 1893.

Traitement de l'appendicite chronique.

Journal des praticiens, avril 1898.

Nous insistons sur l'enfouissement du moignon appendiculaire sous un surjet séro-séreux.

Pour terminer, nous appelons l'attention des cliniciens sur une complication de l'appendicite qui nous paraît loin d'être exceptionnelle, nous voulons parler de la lithiase biliaire. Nous citons une observation personnelle et nous pensons qu'on peut du même coup débarrasser la malade et de ses calculs biliaires et de son appendicite.

Étude clinique et thérapeutique du cancer du côlon pelvien,

par Quénu et Pierre Duval.

Presse médicale, 12 novembre 1898.

Au point de vue chirurgical nous distinguons dans le côlon pelvien 3 parties distinctes : une portion supérieure, iléo-pelvienne ; une portion

moyenne ou anse sigmoïde; une partie inférieure ou recto-sigmoïde.

Cliniquement ces localisations du cancer occasionnent des troubles fonctionnels communs, mais chaque variété a ses signes spéciaux.

Le diagnostic du cancer pelvien et spécialement de l'anse sigmoïde est extrêmement difficile : la constatation répétée des troubles fonctionnels et l'impuissance du traitement médical justifient la laparotomie exploratrice.

Le choix d'un procédé opératoire est impossible avant que la laparotomie exploratrice ait précisé le siège, les limites et la disposition anatomique particulière de l'anse pelvienne.

Étude clinique et thérapeutique du cancer du côlon pelvien,

par Quénu et Pierre Duval.

Bulletins de la Société de chirurgie, 2 novembre 1898.

Dans ce mémoire, nous donnons une division des cancers du côlon pelvien suivant le siège.

Nous exposons la symptomatologie générale et les caractères spéciaux à chaque localisation, les modes d'exploration et le traitement.

Nous avons rassemblé 49 cas de cure radicale dans la littérature médicale (3 personnels) dont 17 opérations de Reybard, 5 opérations de Madelung, 7 opérations de Volkmann, 2 opérations de Bloch.

Nous cherchons à montrer que l'éclectisme est de rigueur et que le choix du procédé dépend et du siège et de la disposition de l'anse sigmoïde.

De la résection des cancers du gros intestin.

Rapport sur les observations de MM. Brin, Gilis et Imbert.

Bulletins de la Société de chirurgie, 3 avril 1901.

Dans ce rapport sont analysées les indications du traitement radical du cancer du gros intestin suivant qu'il existe ou non des accidents d'occlusion aiguë et suivant la localisation du carcinome à tel ou tel segment du gros intestin.

Traitement opératoire des hémorroïdes par un procédé spécial.

Congrès français de chirurgie, 1893, p. 467.

Ce procédé est une modification de celui de Whitehead, il ne s'applique qu'aux cas où l'absence de prolapsus et l'intégrité de la muqueuse permettent de n'en rien réséquer, il consiste à dédoubler la muqueuse et la peau de l'anus, et à exciser à coups de ciseaux toutes les petites ampoules qui se trouvent à la face externe de la muqueuse mise à découvert.

Traitement des hémorroïdes.

Gazette médicale de Paris, 3 février 1894.

Cette leçon traite des indications thérapeutiques et du traitement opératoire des hémorroïdes, spécialement par le procédé de Whitehead.

Traitement opératoire des hémorroïdes.

Presse médicale, 15 juin 1898.

Nous insistons sur les services que la rectoscopie peut rendre pour l'appréciation exacte du développement hémorroïdaire, de l'état de la muqueuse, etc.

Parmi les indications opératoires, l'une des plus fréquentes est le prolapsus, je dirai mieux, l'éversion d'une petite portion de la muqueuse qui frotte alors contre les linges et saigne.

L'indication chirurgicale posée, la conduite à tenir est différente si le malade est ou non en état de crise.

En dehors des crises, l'opération de Whitehead est pour nous l'opération de choix, mais elle demande à être faite suivant les règles que nous nous efforçons de préciser : le but principal à viser est que la ligne de suture cutanéo-muqueuse borde l'orifice anal ou soit même plutôt inversée et jamais éversée.

Cure chirurgicale des hémorroïdes. Indications et technique opératoire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 24 mai 1899.

La plus longue durée de cicatrisation a été chez nos malades de 23 à 24 jours, la plus courte de 10 à 12 jours, la moyenne de 15 à 16 jours. J'ai pu suivre des opérés depuis 7 et 8 ans. La guérison s'est maintenue chez eux et je n'ai noté qu'une seule fois le léger inconvénient d'un peu d'éversion de la muqueuse, par suite d'une résection trop économique. Je pense, qu'avec l'expérience que m'ont déjà donnée mes nombreuses observations, j'ai le droit de conclure à l'excellence de l'opération de Whitehead.

De la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus.

Bulletins de la Société de chirurgie, 5 octobre 1887.

Mémoire basé sur 7 observations montrant que la réunion primitive est possible et quelles sont les indications et la technique opératoire à suivre.

Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum par l'extirpation.

Bulletins de la Société de chirurgie, 25 février 1891.

Cette méthode me paraît applicable lorsque le syphilome est très bas. Je fais suivre mon observation d'un examen histologique et bactériologique de la pièce enlevée (Quénu et Girode).

Du curettage comme moyen palliatif pour les cancers du rectum inopérables.

Bulletins de la Société de chirurgie, 11 juillet 1894.

Traitement du cancer du rectum.

Presse médicale, novembre 1895.

Rapport sur un mémoire de M. Gaudier (de Lille) intitulé : « Traitement du cancer du rectum, procédé nouveau d'extirpation totale abdomino-périnéale. »

Bulletins de la Société de chirurgie, 25 mars 1896.

Après avoir mis au point les indications opératoires, telles que nous les concevons actuellement, nous abordons le traitement opératoire des cancers haut placés et nous pensons que l'opération de M. Gaudier avec quelques modifications dans sa technique peut être adoptée.

De l'extirpation sacro-abdominale du rectum cancéreux en deux temps.

Bulletins de la Société de chirurgie, 4 et 11 novembre 1896.

Technique opératoire pour l'amputation du rectum cancéreux.

Bulletins de la Société de chirurgie, 14 février 1897.

Comme précepte général, il ne faut à aucun prix au cours d'une extirpation rectale ni fendre le rectum, ni le trouer, ni placer le doigt dans l'anus.

Je donne ici la technique de l'opération par voie périnéale et spécialement la technique opératoire quand la prostate est envahie, mais que l'opérabilité subsiste.

Je rapporte ma première observation de cancer dans laquelle le bout supérieur a été traité par la méthode dite du retournement.

Du choix des procédés opératoires dans l'extirpation des cancers du rectum.

Bulletins de la Société de chirurgie, 16 juin 1897.

Ce Mémoire a pour but de montrer que les procédés opératoires doivent varier avec le siège du néoplasme, il faut donc avant tout bien déterminer le siège et l'étendue du cancer. A ce point de vue, l'incision iliaque pratiquée pour l'anus préliminaire peut être utilisée.

Suivent 5 opérations d'extirpation du rectum pour cancer.

Indications opératoires et traitement du cancer du rectum.

Rapport de Quénu et Hartmann.

Congrès français de chirurgie, 22 octobre 1897.

Cancers du rectum opérés par voie périnéale, quelques points de technique opératoire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 23 février 1898.

Ce Mémoire vise entre autres points, le traitement préopératoire et la désinfection préopératoire du rectum cancéreux. Nous avons comparé, avec le contrôle d'examens bactériologiques, les résultats donnés par les lavages avec l'eau bouillie, l'eau boriquée, le permanganate de potasse et l'eau oxygénée. Nous en avons conclu que l'*eau oxygénée est le désinfectant par excellence du rectum.*

De l'extirpation des cancers du rectum par la voie abdomino-périnéale.

Bulletins de la Société de chirurgie, 29 juin 1898.

Nous donnons notre technique dans tous ses détails, savoir :

1er *temps*, ouverture médiane du ventre et ligature des deux artères hypogastriques ;

2e *temps*, libération de l'anse sigmoïde et création d'un anus iliaque ;

3e *temps*, amorce de la libération rectale ;

4e *temps*, extirpation périnéale.

L'extirpation du rectum cancéreux par la voie périnéale,

par Quénu et Baudet.

Revue de gynécologie, septembre-octobre 1898.

Lisfranc a utilisé le premier la voie périnéale pour l'extirpation du rectum et il a été suivi par Dieffenbach, Velpeau, Denonvilliers, etc.

Cette périnéotomie n'avait rien de réglé; on disséquait le rectum en rasant étroitement ses parois et on ouvrait l'intestin de propos délibéré.

Nous avons réglé l'extirpation périnéale du rectum en partant de ce principe, qu'il faut extirper le rectum « fermé » comme un sac à contenu septique. Il faut dès le début fermer l'anus, et il ne faut sous aucun prétexte mettre le doigt dans la cavité rectale et encore moins l'ouvrir pour faciliter sa dissection.

La difficulté de l'opération est la séparation du rectum d'avec l'appareil urinaire. Nous conseillons de débarrasser d'abord le rectum de ses attaches latérales et d'inciser secondairement les plans périnéaux antérieurs.

Dans le temps de libération de la cloison recto-urétrale, le point de repère essentiel nous est fourni par les faisceaux antérieurs du releveur de l'anus.

La technique opératoire est exposée en détails chez l'homme et chez la femme.

Notre technique opératoire est le résultat à la fois d'expériences cadavériques et de notre pratique chirurgicale.

De l'extirpation abdomino-périnéale des cancers du rectum.

Congrès français de chirurgie, 19 octobre 1898.

Extirpation abdomino-périnéale d'un cancer du rectum.

Bulletins de la Société de chirurgie.

Présentation de pièces, 20 février 1901.
Présentation de la malade, 13 février 1901.

Cancer du rectum, guérison maintenue sans infirmités après 5 ans.

Bulletins de la Société de chirurgie, 24 janvier 1900.

Des résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale chez la femme.

Bulletins de la Société de chirurgie, 16 juillet 1902.

Sur six opérations pour cancers étendus, non récents, haut situés avec adénopathie, je compte une récidive immédiate et cinq survies actuelles, dont deux de quatre ans, une de trois ans et quatre mois, une

de trois ans et une de dix-huit mois. Chez aucune de ces cinq malades on ne constate encore de récidive.

De l'anus préliminaire dans le traitement du cancer du rectum et en particulier de sa fermeture.

NICOLAS, *Thèse de Paris*, 1900.

— b) Foie et rate. —

De la greffe des vésicules hydatiques dans les plaies faites pour opérer un kyste hydatique du foie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 21 mars 1900.

Traitement des kystes hydatiques du foie par la suture.

Bulletins de la Société de chirurgie, 10 janvier 1900.

Kystes hydatiques du foie. Technique opératoire contre l'échinococcose secondaire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 7 juillet 1903.

Notre préoccupation principale doit être de mettre notre opéré à l'abri des risques d'une inoculation opératoire ; le seul moyen, c'est de faire périr les germes échinococciques dans le kyste avant d'ouvrir largement celui-ci.

En nous inspirant des travaux de Devé, nous sommes arrivés à une technique satisfaisante dont les résultats ont été contrôlés par M. Devé lui-même.

En effet, dans une de nos trois observations, les examens histologiques directs et surtout les inoculations sous-cutanées chez les lapins ont permis de vérifier que tous les scolex contenus dans la cavité du kyste avaient été tués par une injection préalable de 350 gr. de solution de formol à 1 %.

Une de nos observations (obs. II) a trait à un kyste de la *face convexe* qui fut traité avec succès par la réunion primitive de la poche, l'extirpation de la membrane fertile ayant été opérée à travers un espace intercostal, sans résection costale préalable.

La troisième observation comme la première concernaient des kystes de la face concave, l'un uni, l'autre multivésiculaire.

Toutes ces trois variétés ont été traitées de la même manière, et le contact de la solution de formol n'a pas empêché la réunion par première intention. Nous donnons la description d'un appareil à ponction qu'on peut improviser et qui n'a pas les inconvénients des appareils aspirateurs ordinaires.

De la cholédocotomie.

Thèse de LEPETIT, Paris, 1894.

De la cholédocotomie sans suture.

Bulletins de la Société de chirurgie, 24 avril 1895.

De la cholédocotomie sans suture,

par QUÉNU et CLAISSE.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1er décembre 1897.

De la cholédocotomie sans suture.

Bulletins de la Société de chirurgie, 8 juin 1898.

De la cholédocotomie sans suture.

Thèse de YAÏCH, Paris, 1902.

Bulletins de la Société de chirurgie, 3 juin 1903.

De la cholédocotomie sans suture.

Les premières cholédocotomies sans sutures, celles de Hochenegg, Jaboulay, Arbuthnot Lane, Bland Sutton, Duncan, ont été faites sans parti pris, soit parce qu'on ne pouvait pas pratiquer la suture, soit parce que le malade était *in extremis* et qu'il fallait se hâter, soit parce que la suture a été jugée inutile en raison des adhérences préexistantes. Il n'est donc pas juste quand on fait l'histoire de la cholédocotomie sans sutures de se préoccuper uniquement des dates de l'opération et d'aligner ainsi dans un ordre historique factice un certain nombre d'opérations et de chirurgiens.

En réalité, Morison (1894), est le premier chirurgien qui ait recommandé la cholédocotomie sans sutures, pour les cas où la suture est

possible. Nous venons immédiatement après Morison (1895), et depuis, nous n'avons cessé de défendre cette pratique.

En 1897, mon interne Claisse et moi nous avons présenté à la Société de chirurgie un mémoire dans lequel nous nous efforçons de mettre en lumière les raisons qui militent en faveur de la non-suture.

La meilleure raison est que l'ablation du calcul ne suffit pas toujours à désobstruer le cholédoque : soit qu'exceptionnellement il se forme de petits caillots dans le canal, soit que les parois enflammées du canal commun restent gonflées et livrent un passage difficile à de la bile épaisse et mélangée de mucosités, les phénomènes de rétention biliaire persistent dans un certain nombre d'observations après la cholédocotomie avec sutures, et c'est ainsi qu'on a été conduit à faire, de nécessité, des cholédocotomies secondaires. Remarquons encore que sur 50 cholédocotomies avec sutures que nous avons rassemblées en tableau, 21 ont présenté une fistule biliaire; par conséquent, bien que le drainage ait été ici involontaire, elles n'en sont pas moins des cholédocotomies avec drainage des voies biliaires.

De la sorte il n'est pas juste de comparer en bloc les cholédocotomies avec sutures (27.5 p. 100 de mortalité) avec les cholédocotomies sans sutures (25 p. 100 de mortalité). En transposant les cas de sutures suivis de fistules, voulues ou non, on arrive à cette statistique : cholédocotomie non suturée ou mal suturée 18, 1 p. 100 de mortalité ; cholédocotomie bien suturée 35, 5 p. 100; et encore ces chiffres sont-ils au-dessous de la vérité, car la non-suture, dans le principe au moins, s'est adressée au plus mauvais cas.

Personnellement en additionnant les observations publiées dans les bulletins de 1895, 1897, 1898 et 1903 en y ajoutant 5 observations inédites publiées dans la thèse de Yaïch (Paris 1902) j'arrive à un total de 10 opérations de cholédocotomies sans sutures qui m'ont donné 10 guérisons.

D'autres chirurgiens (Delagénière, par exemple), ont tenté de substituer au drainage direct du cholédoque, le drainage indirect par les voies biliaires accessoires. Mais ce drainage indirect souvent impossible par suite de l'atrophie de la vésicule biliaire ou de l'oblitération du cystique, est rendu souvent imparfait par le rétrécissement du cystique ; il n'est donc recommandable que lorsque les voies biliaires accessoires sont dans un état de perméabilité parfaite.

Étude sur la chirurgie du cholédoque. De l'exploration du cholédoque par la laparotomie exploratrice. De la cholédocotomie sans suture

Bulletins de la Société de chirurgie, 24 avril 1895.

Lorsque des phénomènes de rétention biliaire durent plus de 3 mois, les chances de désobstruction spontanée sont minimes, il y a même avantage à ne pas attendre cette date de désespérance dans l'intérêt de l'intégrité de la cellule hépatique; mais le problème est hérissé de telles difficultés qu'il faut se résigner à n'en chercher la solution certaine que dans la laparotomie exploratrice et dans l'exploration méthodique du cholédoque.

Nous donnons au cours de ce mémoire les règles de cette exploration.

L'existence d'un calcul révélée, que faut-il faire? la cholédolithotritie ou la cholédocotomie? Cette dernière opération est l'opération de choix.

Nous recommandons déjà dans ce Mémoire la cholédocotomie sans sutures, lorsque la suture paraît difficile à effectuer.

Nous relatons entre autres observations celle d'une cholédocotomie en deux temps, sans sutures.

Discussion sur la cholédocotomie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 24 juin 1896.

De la cholédocotomie intraduodénale.

Bulletins de la Société de chirurgie, 3 juin 1903.

C'est l'opération de Mac Burney, pratiquée en France par Pozzi. Incision verticale du duodénum, incision de l'ampoule de Vater; enlèvement d'une masse comparable à un petit œuf de poule fermeture complète du duodénum, suites opératoires des plus simples.

Traitement des angiocholites par la création d'une fistule biliaire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 8 juillet et 16 décembre 1896.

Angiocholites, traitement chirurgical.

Bulletins de la Société de chirurgie, 31 mars 1897.

L'établissement d'une fistule biliaire cutanée nous paraît le traitement de choix dans les angiocholites non calculeuses. La création de cette fistule biliaire n'est pas toujours possible ; il est intéressant de noter que de simples laparotomies avec exploration du cholédoque ont été suivies d'amélioration et de guérison.

Traitement chirurgical de l'angiocholécystite non calculeuse, ictère chronique sans calculs, laparotomie, guérison.

Thèse Longuet, Paris, 1895 et *Bulletins de la Société de chirurgie,* 18 mai 1898.

Kyste hydatique de la rate évacué par les bronches, incision par voie transpleurale, guérison.

Bulletins de la Société de chirurgie, 10 avril 1889.

De la splénectomie dans la splénomégalie avec hépatopathie cirrhotique (type clinique de Banti),

par Quénu et Duval.

Revue de chirurgie, octobre 1903.

Nous nous efforçons dans ce travail de présenter un clair exposé de la splénomégalie accompagnée de cirrhose. Les uns admettent que la splénomégalie est primitive et la cirrhose secondaire (Banti et toute l'école italienne, Senator, Litten, Chauffard) ; les autres que l'hépatite cirrhotique est primitive et la splénomégalie secondaire, simplement réactionnelle (Ramoino, Gilbert, Lereboullet).

Nous ne prenons pas parti, mais nous concluons qu'il persiste un type clinique que Banti a eu le mérite d'individualiser : splénomégalie cliniquement primitive, anémie profonde, hépatite cirrhotique cliniquement tardive.

Le type clinique est-il susceptible d'un traitement opératoire, et cette

action chirurgicale est-elle la splénectomie? Voilà les seuls points que nous voulons personnellement envisager.

Une observation personnelle dans laquelle nous sommes intervenus avec résultat excellent constaté au bout de 4 ans a fait la base de ce travail. Elle va à l'encontre de l'argumentation opposée toute théorique de Lereboullet et à l'appui des observations de Harris-Herzog, Bessel-Hagen; l'amélioration de la santé fut à ce point réelle qu'elle permit à notre malade de se marier, de conduire à terme deux grossesses normales, d'allaiter deux enfants actuellement bien portants.

Que conclure, sinon que la maladie de Banti peut être justiciable d'un traitement chirurgical et que l'intervention de choix est la splénectomie. Mais nous ne souscrivons pas aux propositions de Bessel-Hagen, qu'il faut extirper la rate à toute période de la maladie. Hors la condition d'une très grosse rate, formant une tumeur abdominale gênante par elle-même, il ne nous semble pas permis, à l'*heure actuelle*, de recommander la splénectomie hâtive, car ce serait la mettre au service d'une thèse encore trop controversée « la priorité des lésions spléniques commandant la lésion du foie ».

— *c*) Hernies. —

Étranglement interne, laparotomie, guérison.

Bulletins de la Société de chirurgie, séance du 3 mars 1886.

Rapport de M. Berger.

Les succès opératoires à la suite de l'étranglement interne étaient encore rares. L'opération avait été précédée d'un lavage de l'estomac à titre palliatif et dans le but de faciliter l'acte opératoire.

La cure radicale de la hernie ombilicale.

Gazette médicale, 23 décembre 1893.

Arrivés au temps de restauration, nous ouvrons la gaine des droits; nous obtenons ainsi deux lèvres aponévrotiques une interne, une externe. On réunit les deux lèvres internes droite et gauche, c'est donc

un premier plan fibreux qui s'ajoute à l'assise séro-conjonctive déjà reconstituée par la suture préalable du péritoine et de sa doublure.

Les droits dégagés et décollés sont amenés à la rencontre l'un de l'autre et réunis, en utilisant si on la trouve une intersection aponévrotique. Nous suturons ensuite les deux lèvres externes du feuillet antérieur de la gaine des droits.

Traitement opératoire de l'éventration.

Bulletins de la Société de chirurgie, 19 février 1896 et Thèse de Cange. *Des Éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical.* Paris, 1897-1898.

Ce qui distingue l'éventration de la hernie plus ou moins large de la ligne blanche, c'est que la ligne blanche dans l'éventration ne présente aucune solution de continuité. L'espace fibreux qui sépare les bords internes des muscles droits est simplement distendu et élargi.

L'opération que j'ai instituée se rapproche à certains égards de celle que j'ai conseillée pour les hernies ombilicales, mais il est inutile d'ouvrir le péritoine. Il suffit d'ouvrir la gaine des droits, d'en rabattre la lèvre interne et de la suturer à celle du côté opposé, puis de rapprocher si on peut les lèvres externes. Préalablement, on a rapproché les bords internes des gaines musculaires par des fils passés à travers le fascia qui double le péritoine.

Hernie crurale de l'appendice étranglée, examen histologique de l'appendice.

Bulletins de la Société de chirurgie, 21 juillet 1903.

Torsion intra-abdominale sus-herniaire du grand épiploon.

Bulletins de la Société de chirurgie, 13 mai 1903.

— *d*) Organes génito-urinaires. —

De la néphrectomie.

Archives générales de médecine, décembre 1882.

Sur la néphrectomie pour les tumeurs du rein.

Bulletins de la Société de chirurgie, 19 mars 1890.

Rein mobile, néphrorraphie pyonéphrose intermittente, néphrectomie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 22 juillet 1891.

Traitement opératoire de la tuberculose épididymaire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 22 avril 1896,
et thèse de Chevrolle, Paris, 1896.

La tendance actuelle des chirurgiens vis-à-vis d'une lésion tuberculeuse de l'épididyme est plutôt abstentionniste. Personnellement, je pense qu'il faut être très sobre de castrations, qu'il faut le plus possible conserver le testicule, dont la sécrétion interne peut continuer à exercer sur le système nerveux une influence considérable, mais qu'on peut et qu'on doit se montrer plus entreprenant sur l'épididyme.

Traitement opératoire de la tuberculose épididymaire.

(Leçon clinique.)

Gazette médicale, 16 mai 1896.

Traitement de la tuberculose génitale chez l'homme.

Bulletins de la Société de chirurgie, 10 mai 1899.

Notre intervention diffère suivant qu'il s'agit de lésions froides, nodulaires ou massives et de lésions subaiguës. La castration doit être réservées aux cas rares où le testicule est lui-même envahi : le traitement de choix est l'opération économique.

Traitement opératoire des fistules recto-vaginales.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1er octobre 1890.

Dédoublement du périnée, décollement de la cloison recto-vaginale un peu au delà de la fistule. Suture de chaque orifice.

De la péritonisation dans les laparotomies,

par Quénu et Judet.

Revue de chirurgie, février 1901.

et Thèse de Judet, P. 1902.

Nous enseignons depuis 1896 qu'il faut recouvrir de péritoine toute surface cruentée de la cavité abdomidale. En 1898, nous avons fait l'application de cette méthode au traitement du moignon de l'appendice. En 1899, au treizième congrès français de chirurgie, nous indiquions l'extension qu'on pouvait donner à la péritonisation en utilisant le cæcum, le rectum et l'anse sigmoïde. Mon interne Judet a depuis tracé une histoire complète de la péritonisation et on peut dire que cette pratique a été adoptée depuis 1900 par la plupart des chirurgiens. Nous étudions dans ce Mémoire, la péritonisation dans les kystes de l'ovaire, dans les fibromes et dans les salpingites, en indiquant la technique dans les différents cas qui peuvent se présenter. Nous faisons suivre ce travail d'une statistique de salpingites graves opérées avec péritonisation et portant sur 129 cas avec une mortalité globale de 3,80 °/₀.

La péritonisation procure aux opérés un bénéfice immédiat et des avantages éloignés.

En effet, l'effacement du petit bassin par l'adossement vésico-sigmoïde, l'isolement sous-séreux des pédicules et des surfaces cruentées, nous a permis d'enregistrer des succès auxquels la méthode du tamponnement ne nous avait pas habitué d'une manière aussi constante.

Les cas d'occlusion intestinale sont devenus exceptionnels, puisqu'en cinq ans nous n'en avons observé qu'un seul qui du reste s'est terminé par la guérison. Moins que par le passé, nous voyons revenir à nous d'anciennes opérées se plaignant de troubles digestifs et de douleurs abdominales; il y a là l'indice d'un fonctionnement intestinal plus parfait en rapport avec l'absence de toute adhérence péritonéale.

Note historique sur la péritonisation.

Bulletins de la Société de chirurgie, 21 juillet 1903.

La péritonisation n'a été au début qu'un procédé applicable à une opération précise : c'est en effet une véritable péritonisation qu'a faite

Chrobak quand, en 1891, au cours d'une hystérectomie, après avoir pratiqué la ligature des pédicules et suturé le col, il rabattit par-dessus le moignon deux lambeaux qu'il avait taillés aux dépens du revêtement péritonéal de l'utérus ou de la tumeur utérine. Plus tard, Bardenheuer (1896), Snéguireff, Duret et nous-même (1899), Ammann, Jonnesco, Reynier (1900), nous avons étendu les indications de la péritonisation et généralisé la méthode, en utilisant au besoin le cæcum et l'anse sigmoïde.

La péritonisation, issue d'une évolution de l'hystérectomie abdominale et des progrès incessants de la technique des laparotomies, n'a donc été inventée de toute pièce par aucun chirurgien.

Pathogénie et traitement des salpingites.

Bulletins de la Société de chirurgie, 12 décembre 1888.

L'inflammation salpingienne n'est qu'une inflammation utérine directement propagée. Il est possible toutefois que, non plus de l'utérus à la trompe, mais de la trompe à l'ovaire, l'infection soit conduite par les vaisseaux lymphatiques qui émanent du pavillon et se jettent dans le plexus sous-ovarique.

Au point de vue des indications opératoires, je me déclare très partisan de la laparotomie; néanmoins je crois devoir m'élever contre le vague de conclusions qui pourraient laisser croire que toute inflammation des annexes est justiciable à bref délai d'une ouverture du ventre. Avant de se décider à opérer, on devra avoir épuisé tous les autres moyens thérapeutiques, sans avoir constaté aucune amélioration ni dans l'état local ni dans les souffrances endurées par la patiente. Au point de vue opératoire, j'apporte cinq observations de salpingites traitées par la laparotomie avec cinq guérisons. Je suis l'adversaire de tout lavage du péritoine et partisan du drainage abdominal.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

Bulletins de la Société de chirurgie, 4 novembre 1891.

Cette communication porte sur onze opérations.

Au point de vue de la technique, je conseille d'inciser le col de l'utérus sur la ligne médiane, on arrive ainsi sur le fond sans avoir fait

de morcellement. Si l'utérus ne descend pas, je conseille de pratiquer le morcellement sur la ligne médiane, sans se rapprocher des bords de l'utérus. Nous ne généralisons pas l'emploi de l'hystérectomie vaginale pour toutes les salpingites, nous restons au contraire partisans du traitement par la laparotomie pour le plus grand nombre.

Hystérectomie vaginale. De la section médiane de l'utérus comme procédé de morcellement.

Bulletins de la Société de chirurgie, 8 juillet 1891.

De l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus dans les suppurations pelviennes.

Bulletins de la Société de chirurgie, 27 avril 1892.

En 1882, Muller avait préconisé la section médiane dans l'hystérectomie pour cancer de l'utérus, non avec la préoccupation d'abaisser la matrice, mais pour lier plus aisément les ligaments larges. Aussi conseillait-il d'inciser l'utérus déjà sorti et basculé. Je crois être le premier à avoir recommandé ce procédé d'hystérectomie par section médiane dans le traitement des suppurations pelviennes.

Discussion sur le traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac postérieur.

Bulletins de la Société de chirurgie, 18 mai 1898.

Du drainage dans les laparotomies pour inondation péritonéale.

Bulletins de la Société de chirurgie, 28 mars 1900.

Fibrome et grossesse.

Rapport sur une observation de M. Cottin.

Bulletins de la Société de chirurgie, 9 avril 1902.

Nous adoptons les conclusions que donnait M. Lepage à la Société d'obstétrique et de gynécologie : « que très rarement la vie de la

femme est menacée du fait des fibromes utérins pendant la grossesse et que les complications qui surviennent du fait d'un utérus fibromateux gravide sont très rarement suffisantes pour légitimer une intervention radicale au cours de la grossesse. » Suivent quatre observations personnelles.

Des fibromes gangrenés.

Bulletins de la Société de chirurgie, 22 janvier 1902,
et Bisch, thèse de Paris 1901.

L'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes.

Semaine gynécologique, 10 mars 1896.

A l'époque où l'hystérectomie abdominale n'avait pas reçu ses derniers perfectionnements, l'hystérectomie vaginale était le procédé de choix pour les fibromes sous-ombilicaux.

Le principal temps de l'opération consiste dans la réduction des parties à extraire. Au lieu de faire le morcellement suivant la technique de Péan, nous préconisions, après incision médiane de l'utérus, l'énucléation successive des noyaux fibromateux sans toucher au tissu utérin proprement dit, ne conservant le morcellement que pour les plus gros.

De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire,

par Quénu et Longuet.

Revue de chirurgie, juillet 1900.

Voici les conclusions de ce mémoire :

I. La castration abdominale totale pour néoplasmes des annexes est légitime. Nos observations rapprochées de celles des autres chirurgiens démontrent qu'elle est sans gravité ; l'ablation de l'utérus associée à l'ovariectomie, n'augmente pas la mortalité opératoire.

II. La castration abdominale totale offre de grands avantages techniques : possibilité d'enlever des kystes ovariques à adhérences pelviennes étendues, facilité de pédiculisation et principalement possibilité

de restauration autoplastique très satisfaisante du plancher pelvien. A côté de ces avantages l'hystérectomie pour néoplasmes annexiels assure seule dans certains cas le radicalisme de l'intervention.

III. La castration abdominale totale pour néoplasme annexiel est indiquée :

1° Dans les kystes et tumeurs ovariques compliqués de lésions inflammatoires utérines, péri-utérines et salpingiennes ;

2° Dans les kystes et tumeurs ovariques compliqués d'une dégénérescence néoplasique de l'utérus, que cette dégénérescence soit indépendante de la lésion ovarique pour laquelle on opère (fibrome utérin, épithéliome utérin, etc.) ou qu'elle résulte de son extension au parenchyme utérin (tumeurs de l'ovaire propagées à la surface de l'utérus, kystes végétants, sarcome, cancer de l'ovaire) ;

3° Dans les kystes et tumeurs de l'ovaire bilatérales d'une pédiculisation ou d'une hémostase rendues difficiles par la largeur du pédicule, sa friabilité, son évolution dans le ligament large.

Elle est contre-indiquée :

1° Chaque fois que le kyste est unilatéral chez une femme jeune ;

2° Lorsqu'avec une lésion bilatérale des annexes, l'utérus est sain et la confection des pédicules facile ;

3° Lorsqu'on peut obtenir une bonne pédiculisation par un procédé plus simple.

De l'hystérectomie abdominale totale.

Congrès de chirurgie, 1899.

Dans cette communication suivie d'une statistique portant sur 114 cas, est exposée minutieusement la technique suivie par nous dans le traitement opératoire des fibromes. Nous avons adopté la division suivante :

1° Hystérectomie abdominale totale ;

2° Hystérectomie subtotale ;

3° Hystérectomie atypique.

L'hystérectomie supra-vaginale ou subtotale est le procédé de choix. L'hystérectomie totale a ses indications surtout si on a le moindre soupçon sur la malignité ou la transformation de la tumeur fibromateuse ou encore dans les cas de pédiculisation facile et d'ascension du col; enfin

lorsque la suppuration péri-utérine impose l'indication d'un drainage vaginal. Nous insistons sur l'utilité de la réparation péritonéale ou péritonisation.

Les 114 hystérectomies pour fibromes (38 par voie vaginale; 76 par voie abdominale) nous ont donné 2 morts, soit 1,95 %.

Pour le traitement des salpingites, nous adoptons l'hystérectomie abdominale, soit totale, soit subtotale, dans les cas suivants :

1° Lorsque l'observation clinique atteste une lésion utérine prononcée et ancienne ;

2° Lorsqu'il s'agit d'une salpingique tuberculeuse et qu'on est autorisé à redouter des lésions de même nature du côté de l'utérus ;

3° Lorsqu'au cours d'une laparotomie, on observe une localisation des lésions salpingiennes à l'angle utérin, localisation qui expose le fil du pédicule à s'infecter et à couper les tissus ;

4° Dans les cas de suppuration pelvienne étendue à tout le petit bassin.

Nous insistons particulièrement sur le temps de réfection du plancher pelvien, et sur la péritonisation des surfaces dénudées.

Cancer de l'utérus traité par l'hystérectomie abdominale totale.

Bulletins de la Société de chirurgie, 2 mars 1898.

Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale chez les femmes ayant dépassé la ménopause ou près de l'atteindre.

Rapport sur un travail de M. Lejars.

Bulletins de la Société de chirurgie, 20 décembre 1883.

A propos de deux malades opérées et présentées par M. Lejars, j'ai fait un historique complet du traitement du prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale; j'ai ajouté 5 observations personnelles aux 6 observations françaises. La question est très controversée tant à l'étranger qu'en France. Nous prenons parti pour, à la condition que l'opération soit faite dans certains cas très précis et suivant une certaine technique.

1. — L'opération ne doit s'adresser qu'aux femmes ayant atteint ou dépassé la ménopause, elle est une opération d'exception.

2. — Il doit s'agir de prolapsus complets avec insuffisance de l'appareil de soutènement et atrophie des tissus périnéaux.

3. — Nous associons volontiers les colporraphies à la castration utérine.

4. — Nous conseillons : *a*, de ne pas user de pinces, mais de ligatures pour les pédicules ; *b*, de réunir l'un à l'autre les deux moignons de ligaments larges, de manière à faire une sorte de sangle, de solidariser l'extrémité supérieure du vagin avec cette sangle, de manière à obtenir ainsi une sorte de fixation du vagin.

Ablation d'un kyste fœtal (grossesse tubaire) datant de 13 mois.

Bulletin de la Société de chirurgie, 10 avril 1889.

Kyste de l'ovaire opéré au cours de la grossesse.

Société d'obstétrique de gynécologie et de pædiatrie, 4 mai 1900.

— *e*) Voies respiratoires. —

De ta galvanopuncture dans le traitement de l'hypertrophie amygdalienne.

Bulletins de la Société de chirurgie, 7 mai 1890.

L'amygdalotomie est une opération qui doit tendre à disparaître et céder le pas à une thérapeutique plus simple et absolument inoffensive, la galvano-puncture.

Technique opératoire.

Deux rhinoptasties par la méthode indienne chez des vieillards de plus de 70 ans.

Bulletins de la Société de chirurgie, 26 juin 1901.

Tumeur épithéliale de la corde vocale inférieure, extirpation après thyrotomie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 7 octobre 1896, et *Bulletins de la Société de chirurgie,* 21 juillet 1897.

Procédé anaplastique pour la guérison des fistules du sinus maxillaire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 28 mars 1888.

Dans les cas où il n'y a plus d'inconvénients à fermer une fistule du sinus maxillaire, on y arrive facilement en taillant un petit lambeau gingivo-palatin qu'on rabat, face cruentée en dehors, sur le trou à boucher : à cette face cruentée, on oppose ensuite un petit lambeau de muqueuse génienne ou labiale.

Carie du sphénoïde, voie d'accès au sinus sphénoïdal.

Bulletins de la Société de chirurgie, 22 octobre 1890.

Ce procédé a consisté, dans un cas particulier, à suivre la cloison après avoir rabattu le nez et incisé la pituitaire sur la cloison.

Nouveau procédé de thoracoplastie.

Académie de médecine, 3 mars 1891.

Ce travail, qui a été honoré d'un rapport de M. Verneuil, relate l'observation d'un malade atteint d'une vieille fistule pleurale avec grande cavité. La guérison fut obtenue en mobilisant un volet thoracique par une double incision verticale des côtes, l'une passant derrière le mamelon, l'autre derrière la ligne axillaire postérieure.

Chez un autre opéré nous avons fait passer l'incision verticale postérieure entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale.

Thoracoplastie pour fistule pleurale.

Présentation de malade.

Bulletins de la Société de chirurgie, 18 décembre 1895.

Hémorrhagie intrapleurale par plaie du poumon, hémostase directe par ouverture de la plèvre et tamponnement de la plaie pulmonaire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 6 novembre 1895.

Sur la chirurgie du poumon.

Bulletins de la Société de chirurgie,. 10 février 1897.

Nous pensons, dans cette communication, pouvoir démontrer : 1° que l'ouverture *large* de la plèvre n'est pas innocente ; 2° qu'il n'est pas jusqu'ici de moyen pratique de parer aux accidents.

Recherches expérimentales et étude critique sur la chirurgie du poumon,

par Quénu et Longuet.

Bulletins de la Société de chirurgie, 9 décembre 1896.

Nous avons voulu mettre en lumière l'importance des accidents dus à l'ouverture large de la cavité pleurale.

Nous avons ensuite cherché à réaliser expérimentalement sur les animaux la symphyse pleurale, en fixant le poumon par des irritants simples, chimiques, l'électrolyse, etc. par la suture, primaire ou secondaire ; nos conclusions sont qu'il n'existe qu'un seul moyen de provoquer expérimentalement des adhérences pleurales, c'est d'infecter la plèvre. Les adhérences sont le fait d'une infection atténuée. Deux moyens se présentent pour éviter les inconvénients du pneumothorax, c'est ou de diminuer la pression extrathoracique ou, ce qui est plus facilement réalisable, d'augmenter la pression intrathoracique. Nous posons le principe, nous ne savons encore quel sera le moyen le plus pratique de le réaliser.

Kyste hydatique du poumon, ouverture transpleurale, persistance d'une fistule bronchique, guérison par autoplastie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 22 décembre 1897.

De l'extraction des corps étrangers bronchiques par la voie médiastinale postérieure.

Bulletins de la Société de chirurgie, 29 mars 1901.

Une intervention de ce genre ne serait admissible qu'après que toutes les manœuvres par les voies naturelles auraient échoué et lorsque

la situation exacte du corps étranger aurait été déterminée par la radiographie.

La légitimité de l'intervention admise, à quelle voie conviendrait-il de s'adresser? Je m'inscris contre la voie antérieure préconisée par M. Ricard et qui n'est bonne que pour le cœur et le péricarde ; j'indique une technique opératoire possible, par la voie médiastinale postérieure, d'après des recherches cadavériques.

Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur,

par Quénu et Hartmann.

Bulletins de la Société de chirurgie, 4 février 1891.

— *f*) Système nerveux. —

Sur les plaies du crâne par balle de revolver.

Bulletins de la Société de chirurgie, 26 février 1894.

Je considère comme sage et prudente la conduite du chirurgien qui, loin de se fier à l'asepsie d'une plaie du crâne par balle, s'assure que le foyer osseux est libre de corps étranger, le régularise, en fait l'hémostase et la désinfection. L'agrandissement de la plaie cutanée, l'enlèvement des esquilles, cheveux, etc., l'agrandissement de la plaie osseuse ne peuvent avoir que des avantages tant au point de vue de l'asepsie que du drainage.

De la trépanation préventive dans les fractures du crâne avec plaie.

Bulletins de la Société de chirurgie, 27 juin 1888.

Le danger dans les fractures du crâne avec plaie réside moins dans l'enfoncement que dans l'existence d'une fissure qui suffit à infecter les parties sous-jacentes à l'os. C'est là, du reste, l'interprétation d'Albert (de Vienne) et de Bergmann. J'adopte leur formule : « Il faut faire la trépanation primitive dans le but de désinfecter le foyer du traumatisme. »

Extirpation du ganglion cervical supérieur dans le traitement du goitre exophtalmique,

par Quénu et Chauffard.

Presse médicale, 1897.

De la résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne.

Académie de médecine, séance du 9 janvier 1894.

Horsley et Krause abordaient la cavité crânienne par une trépanation temporale. Salzer, Kronlein et Rose l'abordaient par la région zygomatique ; nous avons cherché à réunir les avantages des deux voies sphénoïdales et temporales en prenant comme but le trou ovale et en réséquant un triangle osseux dont le sommet répond au trou ovale et la base à cette portion du crâne qui est un peu au-dessus de la crête séparant les fosses temporales et zygomatiques. Le trou ovale découvert, il est aisé de charger le nerf maxillaire inférieur et au besoin de le suivre jusqu'au ganglion de Gasser.

Rapport de M. le professeur Verneuil sur « un mémoire de M. Quénu, concernant la névrotomie dans les gangrènes douloureuses ».

Bulletins de l'académie de médecine, 3 juillet 1894.

« L'innovation est sans contredit l'introduction de la névrotomie à distance dans le traitement de la gangrène des membres pour combattre le symptôme douleur si intense, si cruel dans certaines formes de cette maladie. »

Suture du nerf médian dans un foyer phlegmoneux du poignet.

Rapport sur un travail de M. Cahier.

Bulletins de la Société de chirurgie, 26 décembre 1894.

Du traitement chirurgical de la névrite sciatique des variqueux.

Congrès français de chirurgie, 1892, p. 457.

Nous estimons que les douleurs cruelles à forme névralgique qu'on observe chez les variqueux, spécialement dans le sciatique, sont le

résultat de poussées de phlébites, soit au contact, soit dans l'épaisseur des nerfs.

J'en ai tiré cette conclusion : c'est qu'il serait peut-être possible en analysant les phénomènes douloureux, en déterminant bien leur siège anatomique et leurs modalités, de s'adresser directement à leur cause et d'en obtenir ainsi la guérison.

Dans un cas, les douleurs avaient leur foyer maximum au creux poplité, nous ouvrons le creux poplité et nous trouvons une varice ampullaire de la veine poplitée que nous réséquons. La guérison suivit cette intervention.

Dans les deux autres cas, la névralgie occupait le sciatique à la cuisse et à la fesse. Nous fîmes la résection des veines du sciatique qui étaient ectasiées.

Notre opération ne s'adresse qu'aux sciatiques rebelles qui ont résisté à la compression et à tous les moyens médicaux, révulsions, stypage, etc.

— *g*) Chirurgie des régions. —

Traitement des chéloïdes par l'électrolyse.

Bulletins de la Société de chirurgie, 10 juin 1896.

Autoplastie par double transposition de lambeaux.

Bulletins de la Société de chirurgie, 17 janvier 1900.

Excision d'une tumeur de l'orbite par résection temporaire de la paroi externe de l'orbite.

Bulletins de la Société de chirurgie, 11 janvier 1904.

Traitement de la maladie polykystique du sein, ablation d'un gros kyste, ignipuncture des petits kystes sur la tranche de l'incision faite à la glande mammaire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 27 juin 1900 et Renon, thèse de Paris, 1903.

Il est possible d'aborder la glande mammaire par sa face profonde à l'aide d'une incision circonférencielle : on fait basculer cette face

profonde vers la plaie, on incise d'arrière en avant : la résection des kystes faite et l'ignipuncture effectuée, on suture au catgut la plaie mammaire et on obtient, ainsi que vous pouvez en juger, une conservation parfaite au prix d'une cicatrice qu'on dissimule facilement dans le sillon qui, en bas et en dehors, limite la circonféreuce de la mamelle.

Sur quelques points de la technique des amputations du sein,

par Quénu et Robineau.

Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie, août 1896, et *Bulletins de la Société de chirurgie*, 29 juin 1898.

Nous recommandons, en cas d'exérèse large ne permettant pas le rapprochement des lèvres de la plaie, de recourir à une autoplastie par glissement en empruntant le lambeau à la paroi abdominale.

Suture de la rotule.

Bulletins de la Société de chirurgie, 25 novembre 1891.

Suture des parties fibreuses enveloppant les fragments rotuliens.

Fracture de la rotule. De la suture transversale et de l'hémicerclage.

Bulletins de la Société de chirurgie, 24 février 1903.

J'ai fait connaître un procédé de suture rotulienne (déjà employé, je l'ai su depuis, par un chirurgien belge, M. Lenger) qui me paraît permettre une coaptation plus parfaite des fragments : il consiste à passer parallèlement au trait transversal de la fracture au-dessus et au-dessous, un même fil d'argent dont on tord les deux chefs sur le bord externe. Lorsque le fragment inférieur est petit ou brisé lui-même en plusieurs fragments, au lieu de le perforer transversalement on le cercle, mais le fil, au lieu de cercler le grand fragment supérieur, s'enfonce transversalement à travers l'os, d'où le nom d'hémicerclage.

J'ai institué des expériences sur le cadavre qui démontrent que, quel que soit le mode de contention, il est tout juste bon pour maintenir les fragments sans qu'on puisse immédiatement imprimer des mouvements à l'articulation du genou.

Fracture de la rotule sans écartement des fragments. Traitement par le massage.

Bulletins de la Société de chirurgie, 10 avril 1895.

Fractures de jambe traitées par les agrafes de Jacoël.

Bulletins de la Société de chirurgie, 29 octobre 1902.

De l'immobilisation des fractures de jambe dans l'abduction de la cuisse avec flexion de la jambe.

Bulletins de la Société de chirurgie, 16 octobre 1901.

Traitement des pseudarthroses de l'humérus.

(Leçon clinique.)

Semaine médicale, 1894, p. 237.

A signaler dans cette leçon clinique l'observation de malades chez lesquels ont été employés pour la première fois en France, je crois, des tuteurs métalliques, sous formes de plaques d'aluminium vissées dans l'os. Nous avons montré les inconvénients de ces plaques métalliques et nous leur préférons *pour l'humérus* un tuteur osseux intérieur enfoncé dans le canal médullaire des deux fragments.

Application des rayons Röntgen au diagnostic des traumatismes du coude.

Revue d'orthopédie, 1er juillet 1897.

Luxation ancienne de la hanche. Indications opératoires dans les luxations traumatiques irréductibles.

Revue de chirurgie, 1887.

Un chirurgien peut se trouver en présence de luxations de la hanche irréductibles récentes, peu de jours après l'accident : dans ce cas, très rare, on devra ouvrir l'articulation et chercher à lever directement l'irré-

ductibilité. Dans les cas de luxation ancienne, on est autorisé, quand l'impotence fonctionnelle est manifeste, à intervenir au moyen d'une opération sanglante. S'il n'existe pas de signes de compression du sciatique, on pourra s'adresser soit à l'ostéotomie sous-trochantérienne, soit à l'arthrotomie.

Quand l'articulation ouverte on ne peut réintégrer la tête dans sa cavité, il faut pratiquer la résection de la tête fémorale et placer le membre dans une bonne position.

Du traitement des plaies contuses des grandes articulations,

par Quénu et Schwartz.

Progrès médical, 13 janvier 1900.

L'arthrotomie nous paraît l'intervention de choix dans les plaies pénétrantes articulaires larges, souillées et septiques, ayant ou non provoqué la formation de pus. Nous préférons l'arthrotomie à la résection et à la synovectomie, à la condition que l'arthrotomie soit large et hâtive.

Traitement des ankyloses du coude par l'interposition fibro-musculaire.

Bulletins de la Société de chirurgie, 25 juin 1902.

Je présente les radiographies de la première ankylose du coude qui ait été, je pense, opérée par la méthode de l'interposition musculaire. Ma malade est une jeune fille dont le coude s'enkylosa à la suite d'une fracture. Opérée une première fois par un de nos collègues, elle garda son ankylose du coude. C'est alors (5 décembre 1901) que j'eus l'idée d'interposer entre les surfaces osseuses le ligament antérieur doublé de fibres du brachial antérieur. Le résultat a été parfait et la malade accomplit spontanément et avec la plus grande aisance tous les mouvements.

Ankylose du coude, résection et interposition tendineuse.

Bulletins de la Société de chirurgie, décembre 1903.

Dans le cas que je présente à la Société de chirurgie, le brachial antérieur atrophié n'était pas utilisable, je détachai un segment tendi-

neux faisant partie du triceps et je l'interposai entre les deux surfaces osseuses. Le résultat fut très satisfaisant.

De la ténotomie à ciel ouvert.

Bulletins de la Société de chirurgie, 2 juillet 1890.

De l'état fonctionnel du membre supérieur après la résection totale de l'omoplate pour néoplasmes (avec 2 figures),

par Quénu et Renon.

Revue de chirurgie, avril 1903.

Nous avons réséqué une omoplate sarcomateuse en conservant le membre supérieur et nous avons obtenu un excellent résultat fonctionnel dont nous avons fait juges nos collègues de la Société de chirurgie.

Nous attribuons ce bon résultat fonctionnel à la fixation de l'extrémité supérieure de l'humérus par un procédé quelconque et à la réfection des attaches musculaires.

Pour prouver cette opinion, nous avons fait l'analyse de toutes les observations (39) dans lesquelles le résultat fonctionnel est nettement relaté ; or sur les 39 observations, on note 25 résultats satisfaisants, et dans ces 25 cas, la fixation de l'humérus avait été réalisée, soit par la conservation de l'acromion, soit par la suture de lambeaux de la capsule à la clavicule ou à ses ligaments. La conservation de la clavicule saine doit donc être une règle absolue.

Technique opératoire de la désarticulation de la hanche pour les sarcomes du triceps ou du fémur.

Bulletins de la Société de chirurgie, 19 février 1896.

La modification que j'ai introduite au plan opératoire consiste essentiellement à laisser l'artère fémorale adhérente à la tumeur, à passer en dedans d'elle et à faire, avant de couper aucun muscle, la ligature systématique en avant des adducteurs de toutes les branches qui se détachent de la crurale ou de la fémorale profonde ; on s'éloigne ainsi le plus possible du néoplasme et on risque moins de laisser dans le lambeau un tronc veineux envahi déjà par un bourgeon sarcomateux.

Désarticulation de la hanche pour sarcomes du fémur, technique opératoire,

par Quénu et Desmarest.

Revue de chirurgie, mai 1903.

A notre avis, l'envahissement des parties molles et en particulier des masses musculaires est le fait qui domine toute l'histoire clinique, l'évolution et le pronostic des sarcomes des membres. A lui seul il permet d'expliquer le paradoxe des statistiques comparées de désarticulation et d'amputation, cette dernière paraissant avoir donné des résultats plus satisfaisants.

Nous en concluons que, fait capital, il faut ne garder qu'un lambeau purement cutané et sacrifier tous les muscles de la cuisse en désinsérant les adducteurs à leurs attaches pelviennes.

Nous avons suivi cette technique chez une femme opérée depuis trois ans et trois mois, nous avons obtenu un résultat satisfaisant soit au point de vue immédiat (hémostase), soit au point de vue fonctionnel (marche, attitude assise, etc.), nous donnons pour terminer notre technique opératoire et nous insistons sur ce fait : c'est que, grâce à l'utilisation du grand fessier, il nous est possible de recouvrir et de matelasser l'ischion qui, en somme, doit demeurer la base solide de sustentation et le véritable point d'appui pour tout appareil prothétique.

Amputation de jambe, ostéoplastique à lambeau postérieur.

Bulletins de la Société de chirurgie, 21 janvier 1903.

Traitement opératoire de l'enchondrome des doigts.

Bulletins de la Société de chirurgie, 14 février 1897.

L'abstention recommandée par les classiques me semble mauvaise; d'autre part, on est en droit de reculer devant le sacrifice d'un ou plusieurs doigts. L'énucléation est insuffisante. Je pense qu'en opérant au début, on peut, par une certaine technique que j'expose, garder de la phalange une bandelette osseuse longitudinale : on conserve ainsi la phalange tout en enlevant la tumeur en entier.

Énorme lipome sous-aponévrotique enlevé chez un enfant de 2 ans.

Bulletins de la Société de chirurgie, 25 juillet 1887.

Des limites de la matrice de l'ongle, applications au traitement de l'ongle incarné.

Bulletins de la Société de chirurgie, 13 avril 1887.

Rapport de M. Reclus.

L'indication capitale est d'enlever la portion de peau qui fait de l'ongle. Nous avons été les premiers (Kölliker l'a reconnu) à rechercher expérimentalement la délimitation de la portion de derme qui fait de l'ongle. Est exclue de cette fonction toute la portion du derme sous-unguéal antérieur à la lunule ; il est donc inutile de l'exciser. En la conservant et en réduisant le sacrifice à la portion lunulaire et rétro-lunulaire, on obtient une très petite perte de substance qu'on peut recouvrir séance tenante par une petite autoplastie, de là découle le procédé opératoire.

Séance du 25 mai. — Réponse à une lettre de M. le Dr Stocquart réclamant la priorité pour son procédé de l'ongle incarné.

Du panaris avec nécrose de la phalangette, traitement opératoire.

Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie, 27 février 1893.

Le diagnostic de la nécrose osseuse étant posé, on enfonce latéralement le bistouri au niveau de la base de la phalangette et on fait ressortir la lame au-devant de l'ongle ; on divise ainsi le doigt en deux valves, une palmaire et une dorsale qui contient la phalangette. Celle-ci, presque toujours libre, est cueillie avec une pince ; on gratte alors tout le foyer avec une curette, et le foyer gratté et asséché, on applique et on réunit par un ou deux points de suture ses lambeaux, en laissant seulement pour le drainage une petite mèche à l'un des angles. Ce procédé permet de conserver le maximum de longueur du doigt, ce qui n'est pas à dédaigner, quand il s'agit du pouce.

Ligature bilatérale de l'artère hypogastrique par voie transpéritonéale. Manuel opératoire (avec 3 figures),

par Quénu et Duval.

Revue de chirurgie, novembre 1898.

La ligature bilatérale de l'artère hypogastrique vient d'entrer tout récemment dans la pratique chirurgicale. En la pratiquant, les chirurgiens ont cherché soit à réaliser l'atrophie de certaines productions pathologiques, soit à obtenir l'hémostase préventive, dans certaines interventions pelviennes ou pelvi-périnéales.

Après avoir rappelé et complété l'anatomie de l'hypogastrique, nous donnons la technique de sa ligature, en notant que les difficultés sont tout autres pour le côté gauche que pour le côté droit. En 1898, la ligature bilatérale de l'hypogastrique avait été pratiquée 14 fois, dont 5 par nous (Quénu 5, Duval 1).

Anévrysmes de l'artère iliaque externe (à droite), inguino-iliaque (à gauche), traités par l'extirpation.

Académie de médecine, 4 décembre 1894.

L'anévrysme du côté droit occupait l'artère iliaque externe, il avait le volume d'une tête d'enfant nouveau-né. Un mois après, nous avons également extirpé l'anévrysme gauche qui occupait à la fois l'artère crurale et l'iliaque externe.

La première opération a eu lieu le 5 décembre 1893. Nous présentons le malade un an après.

Traitement de deux gros anévrysmes par l'extirpation du sac.

(Leçon clinique).

Gazette médicale, 15 juin 1895.

P. Barnsby. **Traitement des anévrysmes rompus des membres.** Thèse. Paris, 1902.

Varices, phlébite variqueuse, ulcères variqueux, résection du paquet de varices enflammées, ligature de la veine saphène interne; guérison persistante après 9 ans.

Bulletins de la Société de chirurgie, 14 mars 1900.

et ROBINEAU. **Traitement chirurgical des phlébites.** Thèse de Paris, 1897-98.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES